

UDO SCHAGEN UND SABINE SCHLEIERMACHER
(Hrsg.)

Sozialmedizin, Sozialhygiene

Public Health:

Konzepte und Visionen zum
Verhältnis von Medizin
und Gesellschaft
in historischer Perspektive

Berichte und Dokumente zur Zeitgeschichte 5
Forschungsstelle Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin/Zentrum für
Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin

Schagen, Udo; Schleiermacher, Sabine (Hrsg.):

Sozialmedizin, Sozialhygiene, Public Health: Konzepte und Visionen zum Verhältnis
von Medizin und Gesellschaft in historischer Perspektive

Berichte und Dokumente zur Zeitgeschichte 5
Forschungsstelle Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin/
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin
Freie Universität Berlin – Humboldt Universität Berlin

1. Auflage - Berlin 2002

ISSN 1432-3958

Kontaktadresse:

Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin,
Freie Universität und Humboldt Universität

Institut für Geschichte der Medizin

Forschungsstelle Zeitgeschichte

Klingsorstr. 119

12203 Berlin-Lichterfelde

Tel.: 030 / 83 00 92 40

Fax: 030 / 83 00 92 46

e-mail: schagen@medizin.fu-berlin.de

www: <http://userpage.zedat.fu-berlin.de/~medberuf>

© Alle Rechte bei den Herausgebern

PC-Texterfassung und Layout: Autoren und Sabine Selle

Korrektorat: Vera Seehausen

Berlin 2002

ISSN 1432-3958

INHALTSVERZEICHNIS

UDO SCHAGEN UND SABINE SCHLEIERMACHER

Einführung7

WILFRIED WITTE

Gesundheitspolitik in Zeiten der Spanischen Grippe9

GABRIELE MOSER

**„Die Zukunft gehört der prophylaktischen Medizin“-
Sozialhygiene, medizinisches Präventionsverständnis und
Gesundheitsbegriff Ende der 1920er Jahre15**

ANDREAS WULF

**Macht die Hygiene vor den Fabriken und Kontoren halt? –
Gesundheitliche Gefährdung der Arbeitswelt als konfliktreiches Stiefkind
der Sozialmedizin/Sozialhygiene in der Weimarer Republik21**

SIGRID STÖCKEL UND MARIO HEIDLER

**Medizin als Sozialtechnologie
Die Rolle des Haus- und Betriebsarztes in der nationalsozialistischen
Gesundheitsführung31**

RALF AHRENS

**Planwirtschaft, Prävention und Effizienz
Zur Wirtschaftsgeschichte des Gesundheitswesens in der Sowjetischen
Besatzungszone und frühen DDR41**

SILKE HÜBNER

**Leistungsfähige stationäre Versorgung als gesundheitspolitische
Vision in der Nachkriegszeit.....53**

DAGMAR ELLERBROCK

**Zwischen Tradition und Innovation – „Öffentliche Gesundheit“
und „Public Health“59**

NICOLE SCHAAD

**„Die Guten ins Töpfchen, die Schlechten ins Kröpfchen“
Der ärztliche Dienst in der Basler Chemieindustrie, 1890-193067**

NORMAN FUCHSLOCH

Der Mensch als Bioindikator75

UDO SCHAGEN UND SABINE SCHLEIERMACHER

Einführung

Der Sozialhygieniker und Gesundheitspolitiker Alfons Fischer (1873-1936) hat die Bedeutung historischer und medizinhistorischer Forschung für das Verstehen aktueller gesundheitspolitischer Fragestellungen und daraus erwachsender Handlungsstrategien so beschrieben:

So stark die Hemmnisse oft sein mögen, die Hygieniker müssen mit Thomas Carlyle sprechen: ‚Die ganze Zukunft zu formen, ist nicht unsere Aufgabe, sondern treulich und in Übereinstimmung mit schon bekannten Regeln einen kleinen Teil davon zu formen.‘ Diese Regeln auf dem Gebiete des Gesundheitswesens mit Hilfe geschichtlicher Forschungen festzustellen, darin liegt die Hauptaufgabe für den Historiker der Hygiene.¹

Getragen von der Vision einer Gesellschaft, in der das Recht auf Gesundheit für alle Menschen in allen Lebenslagen gelten sollte, waren bereits im Zuge der Industrialisierung Konzepte zur Erhaltung und zum Schutz der Gesundheit formuliert worden. Sie basierten nicht nur auf medizinischen Erklärungsmustern von Krankheit, sondern beinhalteten auch eine Analyse gesellschaftlicher Zustände. Interdisziplinäres Denken und Handeln, der Verweis auf historische Traditionslinien, zeitweilig auch politisches Engagement waren eng mit dieser sozialen Perspektive verbunden.

Dieser Zugang ist zwar den einschlägig forschenden Wissenschafts- und Medizinhistorikern eine Selbstverständlichkeit. Wir halten es aber für erforderlich, solche Fragen historischer Traditionslinien auch mit den aktuell auf allen Gebieten der Sozialmedizin, der Prävention und der Public-Health-/Gesundheitswissenschaften forschenden KollegInnen diskutieren zu können. Seit 1998 konnten auf den Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) regelmäßig eigene Workshops zu dieser Thematik stattfinden.

Auf den Jahrestagungen „Sozialmedizin für die Zukunft“ (Berlin) und „Gesundheit in der Region“ (Bielefeld) wurden folgende Workshops durchgeführt:

- ◆ „Sozialmedizin, Sozialhygiene und Public Health. Konzepte und Visionen zum Verhältnis von Medizin und Gesellschaft in historischer Perspektive“ hatte im September 2000 zum Ziel, anhand von ausgewählten Beispielen aus dem Kaiserreich, der Weimarer Republik, dem Nationalsozialismus und der Nachkriegszeit gesundheitspolitische Konzepte und Visionen, deren Realisierungsmöglichkeiten sowie gesellschaftliche und ethische Implikationen aufzuzeigen.
- ◆ Im September 2001 war im Workshop „Zur Geschichte arbeitsweltbezogener Sozialhygiene und Gesundheitssicherung“ der Frage nach einem wirksamen Gesundheitsschutz und einer erfolgreichen Gesundheitsförderung im Arbeitsleben nachgegangen worden, ausgehend von der Feststellung, dass die stärksten gesundheitsgefährdenden Belastungen noch immer am Arbeitsplatz zu finden sind.

Die Konzeption beider - auch weiterer auf den nächsten Tagungen geplanter Veranstaltungen - stellte den Werkstattcharakter der Präsentation von ersten Ergebnissen und ihrer Diskussion in den Vordergrund. Bewusst sollten auch unfertige, noch im Forschungsprozess mit

1 Alfons Fischer, Geschichte des Gesundheitswesens, Band 1. Berlin 1933, S. 3. Reprografischer Nachdruck der Ausgabe Hildesheim 1965. Hervorhebung im Original.

offenem Ende befindliche Fragen in Kürze vorgestellt werden können. Die hier versammelten Aufsätze geben von dieser Absicht Zeugnis. Einem größeren Kreis interessierter Wissenschaftler sollen die Forschungsergebnisse zugänglich gemacht und die Gelegenheit zum Eingreifen in den Prozess der Klärung noch offener Fragen gegeben werden.

Der Diskussion kann möglicherweise ein neuer Anstoß gegeben werden. Wir möchten sie in weiteren Workshops und auch in dieser Publikationsreihe fortsetzen und hoffen damit, die Analyse der Gesundheitspolitik im 20. Jahrhundert fortzuführen und daraus Perspektiven für die weitere Forschung, aber auch für das neue Jahrhundert zu gewinnen.

Anschriften:

Udo Schagen
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften
der Berliner Hochschulmedizin (ZHGB)
Forschungsstelle Zeitgeschichte
Klingsorstr. 119

12203 Berlin
e-mail: udo.schagen@medizin.fu-berlin.de

Sabine Schleiermacher
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften
der Berliner Hochschulmedizin (ZHGB)
Forschungsstelle Zeitgeschichte
Klingsorstr. 119

12203 Berlin
e-mail: sabine.schleiermacher@medizin.fu-berlin.de

WILFRIED WITTE

Gesundheitspolitik in Zeiten der Spanischen Grippe.

Die Debatten zur Umgestaltung des deutschen Gesundheitswesens nach dem Ersten Weltkrieg und die Grippe-Pandemie 1918-1920 im Hinblick auf die Verhältnisse in Baden

Die „Spanische Grippe“ der Jahre 1918 bis 1920 gilt als die schwerwiegendste Influenza-Pandemie überhaupt; sie forderte mehr Menschenleben als die direkten Folgen des Ersten Weltkriegs.¹ Weltweit starben zwischen 25 und 27 Millionen Menschen innerhalb weniger Monate.² In Deutschland fielen der Seuche nach amtlichen Zahlen absolut 288.000 Personen zum Opfer (1918-20), die Exzessmortalität der Grippe (1918-20) lag bei 316.000 (mit eingerechnet sind die Zahlen für „Lungenentzündung“ im Jahr 1918).³ Für Baden ist von wenigstens 10.600 Toten auszugehen.

Die Grippe ging in drei Wellen über Deutschland hinweg. Am 29. Mai 1918 gab es in Baden die ersten Meldungen über die „rätselhafte Krankheit“, die in Spanien aufgetreten war. Im Juni breitete sich die Grippe in Deutschland aus. Die Bezeichnung „Spanische Grippe“ ergab sich dadurch, dass Meldungen über die Pandemie im nicht kriegführenden Spanien ohne Beschränkungen der Zensur veröffentlicht werden konnten. Bei der ersten Welle der Influenza war die Morbidität hoch, die Mortalität gering. Eine abwertende Kennzeichnung der Seuche als „Modekrankheit“ u.ä. war geläufig. Niemand interessierte sich für die Grippe, wenn sie nicht als „Killer“ auftrat.

Katastrophische Züge bekam die Seuche erst in der zweiten Welle, im Herbst 1918. Diesmal erschienen die ersten Zeitungsmeldungen am 21. September.⁴ Der Krankheitsverlauf war meist foudroyant, der Tod trat oft und in der Regel in Folge einer Pneumonie ein. Als die Epidemie Ende Januar, Anfang Februar 1920 noch einmal aufkeimte, stand neben der Grippe die in ihrem Gefolge auftretende Encephalitis epidemica oder lethargica, damals auch „Schlafkrankheit“ genannt, im Mittelpunkt.⁵

Der Reichsgesundheitsrat, den das Reichsgesundheitsamt einzuberufen hatte, trat zweimal zusammen, am 10. Juli und am 16. Oktober 1918. In der Sommersitzung bekräftigte Richard Pfeiffer aus Breslau, der Entdecker des Bakteriums *Haemophilus influenzae*, des mutmaßlichen Verursachers, dass es sich auch diesmal bakteriologisch allem Anschein nach um Influenza handelte. Diese Einschätzung, die andernorts von zahlreichen Medizinern nicht geteilt wurde, veranlasste den Rat zu der Empfehlung der „raschen Aufklärung“ in der Tagespresse. Die Oktober-Sitzung blieb auf dieser Linie.⁶

Was dem Reich der Reichsgesundheitsrat war, war für das Land Baden der Landesgesundheitsrat. Die Empfehlungen aus Berlin, die mehr einer harmlosen Erkältung denn einer mörderischen Grippe entsprachen, übernahm die großherzogliche wie die republikanische badische Regierung. Der Landesgesundheitsrat hingegen äußerte sich zum Sachverhalt nicht,

1 Vgl. Crosby, Alfred W.: *America's forgotten Pandemic: The Influenza of 1918*. Cambridge 1989.

2 Siehe u.a. Jordan, Edwin Oakes: *Epidemic Influenza: A Survey*. Chicago 1927; Patterson, K. David and Gerald F. Pyle: *The Geography and Mortality of the 1918 Influenza Pandemic*. In: *Bulletin of the History of Medicine* 65 (1991), 4-21.

3 Nach den Statistischen Jahrbüchern für das Deutsche Reich, 42 (1921/22), 43 (1923).

4 Z.B. *Konstanzer Nachrichten und Pforzheimer Anzeiger* vom 21.9.1918.

5 Siehe z.B. *Konstanzer Nachrichten* vom 28.2.1920. Auch: Geschäftsbericht des Badischen Ministeriums des Innern für die Jahre 1913-1924, Band 1. Karlsruhe 1926, S. 240.

6 Generallandesarchiv Karlsruhe (GLA) 233/11870.

da er nicht einberufen wurde. Im „Geschäftsbericht“ des Innenministeriums heißt es dazu lapidar: „Beratungsgegenstände dringlicher Art lagen nicht vor.“⁷

Die Ministerialbürokratie beherrschte das Feld. Sieht man von der späteren Errichtung des Arbeitsministeriums ab, die keine qualitative Änderung in dieser Sache mit sich brachte, so waren die Medizinalangelegenheiten im Innenministerium ressortiert. Diesem unterstanden als Ministerialbevollmächtigte die Landeskommissäre. Den Landeskommissären bzw. dem Innenministerium unterstanden als staatliche Behörden auf kommunaler Ebene dann die Bezirksämter. Die Medizinal-„Beratung“ der Bezirksämter, Überwachung sanitätspolizeilicher Vorschriften und „Bekämpfung ansteckender und gemeingefährlicher Krankheiten“ oblag den Bezirksärzten.⁸ Die gesetzliche Grundlage, um gegen Seuchen vorgehen zu können, bildete - vor allem anderen - die badische Verordnung „Die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten betreffend“ vom 9. Mai 1911.⁹

Die Grippe veranlasste niemanden - weder ad hoc noch später - zu weiteren gesetzgeberischen Initiativen. Als ordnungspolitische Herausforderung wurden die Rückkehr der Kriegsgefangenen und die Demobilmachung empfunden. Die Seuchengefahr, die damit einherging, sah man an verantwortlicher Stelle in der altbekannten Form des Flecktyphus, der Ruhr oder von Geschlechtskrankheiten. Maßgabe auf Reichsebene war hier die „Verordnung über die Verhütung von Seuchen“ des Demobilmachungsamtes, die am 20. November 1918 erlassen wurde.¹⁰ Quarantäne, Impfungen und Entlausungen lagen auf der Linie, die das badische Innenministerium bei diesen Infektionskrankheiten zuvor schon gezogen hatte.¹¹ Angesichts der Grippe jedoch wurde nur reaktiv sanitätspolizeilich operiert. „Gesundheitspolitik“ wurde administrativ aufgefasst.

Wenn auf höherer Ebene Ignoranz vorherrscht, gleichzeitig aber akut Handlungsbedarf besteht, muss mehr oder minder selbsttätig auf kommunaler Ebene vorgegangen werden. Als kennzeichnend für die allgemeine Lage sei - pars pro toto - ein Schreiben des Bezirksamtes Villingen an den Bezirksarzt in Triberg vom 15.10.1918 angeführt. Der Geheime Regierungsrat Adolf Bauer führte darin aus:

Wie andernwärts so tritt auch in Villingen die Grippe epidemieartig und zwar vielfach bösartig mit tötlichem Ausgang auf und zwar nicht nur unter der Zivil-, sondern auch unter der Militärbevölkerung. Die Krankheitsfälle unter der hier garnisonierenden Bataillon sind sehr zahlreich. Da die Grippe nicht anzeigepflichtig ist, fehlt uns ein Überblick über die Zahl der Erkrankungen. [...] Die Bevölkerung ist beunruhigt, da sie wohl im Anschlusse an Zeitungsartikel über in Frankreich aufgetretene Lungenpest vermutet, diese sei auch die Ursache der rasch tödlich verlaufenden Krankheit der hiesigen Garnison. Nun ist auch eine mit der Pflege der erkrankten Soldaten beschäftigte Krankenschwester gestorben. In dankenswerter

7 Geschäftsbericht ..., 1926, S. 275.

8 Nach: Pflüger, Hermann: Badisches Gesundheitswesen. Übersicht über Gesetze, Verordnungen und Richtlinien für Ärzte, Bezirksärzte, Kommunalärzte, Schulärzte, Gesundheitsbeamte und Behörden. Karlsruhe 1929.

9 Verordnung, die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten betreffend, vom 9. Mai 1911. In: Vorschriften über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und das Desinfektionsverfahren für das Großherzogtum Baden. Amtliche Ausgabe. Karlsruhe: Macklot'sche Druckerei 1911.

10 Verordnung über die Verhütung von Seuchen (Nr. 6538) vom 20.11.1918, Reichs-Gesetzblatt Jahrgang 1918, S. 1317f. - Die Verordnung ist dann allenorten in Baden publiziert worden, z.B. im Amtlichen Verkündigungsblatt für den Großherzoglich Badischen Amtsbezirk Mosbach vom 7.12.1918 (GLA 371, Zug. 1991/49, Nr. 145) oder in der „Heidelberger Zeitung“ vom 30.11.1918.

11 Z.B. Grossh. Badisches Ministerium des Innern Nr. 44411 vom 9. August 1918, Abwehrmaßnahmen zur Verhütung der Einschleppung von Seuchen betr., GLA 357/30467. - Vgl. Ministerium des Innern No. 79019 vom 23. Dezember 1918, Die Verhütung der Einschleppung von Seuchen anlässlich der Abrüstung betr., GLA 387, Zug. 1976-39/366, Konv. 27.

Weise hat gestern [...] der Herr Aufklärungsoffizier [...] einige beruhigende Mitteilungen über den Verlauf der Krankheit gemacht. Das genügt aber u.E. nicht. [...].¹²

Die örtlichen Gremien, in denen die Zuständigen diskutierten, waren die Ortsgesundheitsräte. Ihre gesetzliche Grundlage war die badische Städteordnung von 1874. In Mannheim gab es z.B. seit 1877 einen Ortsgesundheitsrat. Seine Tätigkeit war „begutachtend“, er war dem Stadtrat untergeordnet.¹³ Mitglieder des Mannheimer Ortsgesundheitsrates (OGR) waren 1919 der den Vorsitz führende Oberbürgermeister sowie sein Stellvertreter, der Erste Bürgermeister; des weiteren „kraft Gesetzes“ der „zuständige Beamte des Bezirksamtes“, die Bezirksärzte und die Armenärzte; „durch Statut berufen“ der Vorstand des städtischen Untersuchungsamtes, der Bezirkstierarzt und ein „Wohnungskontrolleur“ sowie weitere „vom Stadtrat ernannte Mitglieder“.¹⁴

Eine oft, jedoch regional unterschiedlich gehandhabte Maßnahme zur Eindämmung der Grippe, die in verschiedenen Ortsgesundheitsräten diskutiert wurde, war es, die Schulen zu schließen bzw. die Herbstferien für die Schüler zu verlängern. Die Kompetenzen waren dabei nicht klar geregelt. Das Kultusministerium erklärte Mitte Oktober, dass die Anstaltsleiter und Ortsschulbehörden auch bei „sog. spanischer Grippe“ die Schule schließen dürften - die Verordnung von 1911, die die Grippe nicht aufführte, könne dahingehend ausgelegt werden.¹⁵ In Heidelberg-Stadt und Heidelberg-Land wurden zeitlich uneinheitlich die Schulen geschlossen. Am 23. Oktober schrieb das Bezirksamt Heidelberg an die Bürgermeisterämter des Landbezirkes, an das Kreisschulamt und den Bezirksarzt, dass die Schulen geschlossen werden könnten, „sobald die Grippe in erheblichem Umfange auftritt“.¹⁶ Auf dem Dilsberg bei Heidelberg beschlossen der Hauptlehrer und die Ortsschulbehörde am 21. Oktober, die Schule zu schließen. Der davon benachrichtigte Bezirksarzt Ernst Kürz billigte die Maßnahme, obwohl sie so nicht „den Bestimmungen“ entspreche.¹⁷ In Radolfzell am Bodensee hielt der Bezirksarzt nicht viel vom Schulschluss, die Kinder würden schließlich auch „beim Spiel“ zusammenkommen. Nur wenn etwa 20% der Kinder erkrankt seien, sollten die Schulen geschlossen werden. Die Volksschulleitung begann daraufhin klassenweise zu zählen.¹⁸

Heftige Diskussionen rief die Frage hervor, ob die Theater, Kinos und sonstigen „Vergnügungsstätten“ geschlossen werden müssten. In Schopfheim in Oberbaden verfügte das Bezirksamt mit Bezug auf die Verordnung von 1911 am 17. Oktober, dass „die Vorführungen im Kinematographentheater des Gasthauses zum Pflug“ bis auf weiteres verboten seien.¹⁹ In Mannheim beschloss der OGR, dass die Vergnügungsstätten geschlossen werden sollten. Das Bezirksamt ordnete dann die Schließung an. Der Stadtrat unter der Leitung des Oberbürgermeisters, der zugleich Vorsitzender der Theaterkommission war, sprach sich mehrheitlich dagegen aus und wandte sich an das Innenministerium. Dieses wies das Bezirksamt

12 Stadtarchiv Villingen-Schwenningen, Best. 2.16 (1988), Fasz. 530/13.

13 Stephani, Paul: Die Gesundheitspflege in Mannheim. Festgabe der Stadt Mannheim zur 30. Jahresversammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege. Mannheim 1905, S. 36-38.

14 Mannheimer Adressbuch 1919, Teil 2, S. 703. - Sitz des Ortsgesundheitsrates war das Rathaus/N 1 (Mannheimer Adressbuch 1918, Teil 1). Die oben genannte Verordnung von 1911 nimmt in § 29 auf die Ortsgesundheitsräte Bezug. Vgl. außerdem: Pflüger, Gesundheitswesen 1929, S. 6.

15 GLA 356/4050.

16 GLA 356/4050.

17 GLA 356/4050. - Kürz hatte Recht; § 19 Abs. 2 der Verordnung von 1911 bestimmte, dass der Schulschluss „in der Regel erst nach Untersuchung an Ort und Stelle durch den Bezirksarzt auf dessen Antrag“ erfolgen dürfe; andernfalls sei zunächst eine ärztliche Zustimmung einzuholen.

18 Stadtarchiv Radolfzell, Akte VIII.4/4-3.

19 Stadtarchiv Schopfheim, Alt-Bestand Schopfheim, AZ VIII.40, Standort-Nr. Sch/171.1.

an, die Anordnung zurückzunehmen. Die Rücknahme der Anordnung nach nur einem Tag erboste die „Gesellschaft der Ärzte“ Mannheims. Schließlich wurde die Schließung noch einmal verfügt, aber nur für kurze Zeit.²⁰

Vor dem Hintergrund des allgemeinen Ärztemangels und einer hilflosen Therapie gegen die Grippe, die zwischen Hausmitteln und aggressiver „Polypragmasie“ schwankte, konnten die staatlichen Behörden äußerlich die Kontrolle wahren. Nur in Pforzheim gerieten die Dinge außer Rand und Band. Nach der Ruhrepidemie 1917 ereilte Pforzheim wie alle anderen Orte und Städte die Grippe. Nur Pforzheim traf ab März 1919 jedoch zusätzlich eine Typhusepidemie. Vor allem bis Juni 1919 erkrankten - bei ungefähr 74.000 Einwohnern – 4.000 Menschen, von denen ca. 400 starben. Schließlich trat 1920 noch einmal die Ruhr epidemisch auf. Der „Marker“ der Jahre 1918-20 jedoch ist der Typhus. Wie bei der Ruhr wurden Schutzimpfungen organisiert. Die Ursache wurde umgehend bakteriologisch in der Verseuchung des Trinkwassers gesehen. Am 25.3.1919 hieß es in der „Pforzheimer Freien Presse“: „Aber gleichwohl ist es heute schon an der Zeit, die Schuldfrage aufzuwerfen: Wer hat die Entstehung dieser entsetzlichen Krankheit auf dem Gewissen?“ Der Ärger machte sich an der schlechten Versorgungslage der Stadt fest. Wegen „Unregelmäßigkeiten beim städt. Lebensmittelamt“ musste schließlich Oberbürgermeister Gustav Habermehl nach 30-jähriger Amtszeit den Hut nehmen. Die badische Regierung zahlte der Stadt Pforzheim 1921 wegen der Typhusepidemie einen „Staatsbeitrag“ von 150.000 Mark. Habermehl war 1921 und 1922 noch als Vorsitzender des badischen Roten Kreuzes tätig. Noch im Jahre 1919 wurde in Pforzheim eine Schul- und Stadtarztstelle geschaffen, 1920 folgte die Errichtung eines städtischen Gesundheitsamtes.²¹

Die Grippe aber gab Rätsel auf. Die meisten Verantwortlichen wollten sie nicht lösen, die anderen Betroffenen suchten nach Worten. Man bewegte sich in etablierten medizinischen und politischen Diskursen, die sich auf Tuberkulose oder Geschlechtskrankheiten oder die Ernährungslage bezogen. Grippe kam dabei nicht vor.

Die Debatten zur Umgestaltung des Gesundheitswesens in Deutschland nach dem Ersten Weltkrieg kreisten allesamt um den Begriff der Sozialisierung. Der Begriff bedeutete im erweiterten Sinne die Umsetzung von sozial- und gesundheitspolitischen Konzepten. Sozialisierung des Gesundheitswesens war nicht in jedem Fall gleichbedeutend mit Verstaatlichung. Das am besten durchdachte Konzept legte der Schöneberger praktische und Frauenarzt Richard Roeder vor. Im Mittelpunkt stand bei Roeder die selbstverwaltete medizinische Tätigkeit im Ambulatorium.²² In diesen Debatten meldete sich auch der arrivierte Karls-

20 Stadtarchiv Mannheim, Ratsprotokolle 1918, Nr. 4795, Nr. 4929, Nr. 5596; Mannheimer Generalanzeiger vom 18.10., 19.10., 21.10., 2.11.1918; Volksstimme 23.10.18; Stahl, Ernst Leopold: Das Mannheimer Nationaltheater. Mannheim 1929, S. 345.

21 Mayer, Otto: Zur Typhusepidemie in Pforzheim 1919. In: Zeitschrift für Medizinalbeamte 34 (1921), 65-73; GLA 237/12772; Schroth, Karl: Die entscheidenden Jahre. Pforzheimer SPD 1918-1924. Pforzheim 1974; Zier, Hans Georg: Geschichte der Stadt Pforzheim. Stuttgart 1982, S. 287-289; Pforzheimer Freie Presse Jg. 1919, 1920; Pforzheimer Anzeiger Jg. 1918, 1919; Karlsruher Zeitung Jg. 1919; Weber, Donatus (Hrsg.): Pforzheim im Weltkrieg - seine Söhne und Helden. Ein Gedenkbuch mit Ehrentafeln der Opfer und des Anteils der Stadt Pforzheim im Weltkrieg. Pforzheim o.J. (1919); Adressbuch der Stadt Pforzheim mit den Vororten Brötzingen und Dillweissenstein 1925. Pforzheim o.J. (1925); Trost, Oskar: Aus der langen Leidensgeschichte des Krankenhauswesens der Stadt Pforzheim. In: Adressbuch von Pforzheim 1960, S. 5-22; Webel, Oskar: Das Rote Kreuz und die Freiwillige Sanitätskolonne Pforzheim. Pforzheim: Donatus Weber 1926; Geschäftsbericht ..., 1926; Jahresbericht des Badischen Gewerbeaufsichtsamtes für das Jahr 1919. Karlsruhe: Friedrich Gutsch 1920, S. 130; Wolter, Friedrich: Die Entstehungsursachen der Pforzheimer Typhusepidemie von 1919 in Rücksicht auf die Kochsche und die Pettenkofersche Auffassung der Typhusgenese (Pettenkofer-Gedenkschrift, Band 10). München 1930.

22 Witte, Wilfried: Konzepte zur Sozialisierung des Gesundheitswesens in der frühen Weimarer Republik. Magisterarbeit Technische Universität Berlin 1993; Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege, Bericht über die 40. Versammlung des Vereins in Weimar am 27. und 28. Oktober

ruher Sozialhygieniker Alfons Fischer zu Wort. Fischer hatte 1913/14 den Begriff „Gesundheitspolitik“ geprägt.²³ Seinen Vorstellungen entsprechend bemühte sich Fischer in der Aufbruchstimmung der Nachkriegsjahre darum, über die „maßgebenden Körperschaften“ Gesundheitspolitik zu treiben. Das bedeutete konkret, dass er den „Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege“ auf seine Seite ziehen wollte und im Karlsruher Innenministerium ein- und ausging. Seine Ziele waren u.a. die Einführung der Familienversicherung und die Errichtung von Gesundheitsministerien und -ämtern. Die Organisation, die er dafür 1916 geschaffen hatte, war die „Badische Gesellschaft für soziale Hygiene“.²⁴ Zur Grippe hat sich Fischer nicht weiter geäußert. Bei einer „sozialhygienischen Beratung“ im badischen Arbeitsministerium am 17.12.1918, in der es vor allem um das Thema Familienversicherung ging, sprach er sich dafür aus, „infektiös Kranke von der Beschäftigung mit Notstandarbeiten“ auszunehmen, „wogegen namentlich die Kassenvorsteher Bedenken äußerten“.²⁵ Ein Konnex von Fischers sozialhygienischen Aktionen zu Reflexionen, die von der Wahrnehmung der Umstände der Grippe-Pandemie ausgingen, ist nicht aufzufinden. Die Grippe erscheint als ein marginales Ereignis.²⁶

Ein anderer badischer Sozialhygieniker, der praktische Erfahrungen mit der Bekämpfung der Grippe gemacht hatte, publizierte 1920 an maßgeblicher Stelle Grundzüge einer Reform des badischen Gesundheitswesens, die im Zusammenhang der Sozialisierungsdebatten standen. Ernst Kürz hatte 1919 aus gesundheitlichen Gründen den Dienst als Bezirksarzt des Bezirks Heidelberg-Land quittiert.²⁷ Ohne direkte Bezugnahme auf die Seuche propa-

1919 und über die 41. Versammlung des Vereins in Cassel am 13. und 14. September 1920. Braunschweig 1921.

23 Vgl. Thomann, Klaus-Dieter: Alfons Fischer (1873-1936) und die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene. Köln 1980. Die Prägung des Begriffs durch Fischer stellt vielleicht eher eine Popularisierung dar. Auf jeden Fall hat Kürz den Begriff schon 1903 verwendet. Kürz' Vorträge von 1903 sind 1906 und 1907 in der „Medizinischen Klinik“ erschienen und 1907 als Monographie publiziert worden. Darin heißt es u.a.: „Jene Mißverständnisse zu beseitigen und dadurch die Volksgesundheit zu heben, ist Sache der Hygiene als einer praktischen Disziplin, deren Aufgabe also in der Durchführung der im Einzelnen oben angeführten sozialen Reformen besteht und als Gesundheitspolitik verzeichnet werden kann.“ (Kürz, Ernst: Soziale Hygiene. Berlin, Wien 1907, S. 112).

24 Thomann, Klaus-Dieter: Alfons Fischer (1873-1936) und die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene. Köln 1980; Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege ..., 1926; Fischer, Alfons: Grundriß der sozialen Hygiene. Berlin 1913; Fischer, Alfons: Gesundheitspolitik und Gesundheitsgesetzgebung. Berlin, Leipzig 1914; Fischer, Alfons: Neue Fragestellungen auf dem Gebiete der Hygiene (= Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Band 8, Heft 2). Berlin 1918; Fischer, Alfons: Die Familienversicherung in Baden. Ein Bericht an das Badische Arbeitsministerium (= Sozialhygienische Abhandlungen Nr. 2). Karlsruhe 1920; GLA 237/33904; GLA 357/13007; GLA 356, Zug. 1969/10, Nr. 865.

25 Stadt Karlsruhe (Hrsg.): Chronik der Landeshauptstadt Karlsruhe für das Jahr 1918. Karlsruhe 1919, S. 194; Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege ..., 1926, S. 15f.; Heidelberger Zeitung vom 21.12.1918.

26 Fischer schrieb über Infektionskrankheiten: „In meinem Art. 'Hygiene, öffentliche' (oben S. 295ff.) habe ich bereits kurz dargelegt, dass früher die Hygieniker und die von ihnen beratenen Staaten und Gemeinden fast ausschließlich die Bekämpfung der Infektionskrankheiten als Aufgabe der Gesundheitspflege betrachtet haben; ich habe dann an der Hand einiger Zahlen gezeigt, dass den akuten Infektionskrankheiten hinsichtlich der Häufigkeit der Erkrankungsfälle im Vergleich mit vielen anderen Krankheiten jetzt nicht mehr die Bedeutung zukommt wie ehemals.“ (Fischer, Alfons: Infektionskrankheiten. In: Handbuch der Staatswissenschaften, Band 5. Hrsg. von L. Elster et al. 4. Aufl., Jena 1922, S. 430).

27 Über Kürz' Leben und Wirken: GLA 235/2251; GLA 236/18241; GLA 356/4050; Universitätsarchiv Heidelberg A-552/4; Artelt, Walter: Ernst Georg Kürz, 1859-1937, gedrucktes Vortragsmanuskript, Senckenbergisches Institut für Geschichte der Medizin. Frankfurt/M. 1963; Kürz, Ernst: Zur Reform

gierte Kürz 1920 die Notwendigkeit einer radikalen Umgestaltung des Gesundheitswesens im Bundesstaat aus sozialhygienischer Sicht. Kürz griff dabei sowohl auf praktische Erfahrungen als auch auf vorherige theoretische Ausführungen zurück. Sein Konzept basierte im Kern auf dem Gedanken, beamtete Distriktärzte einzuführen und gewählte Gesundheitsräte auf allen Ebenen zu etablieren. Der Aufbau des Systems sollte in erster Linie nicht von oben nach unten, sondern von unten nach oben gestaltet sein.²⁸ Seine Initiative wurde spärlich diskutiert, aufgegriffen wurde sie nicht.

Baden kommt nicht nur für die „Gesamtentwicklung der deutschen Revolution von 1918/19“ keine besondere Bedeutung zu.²⁹ Auch für das Gesundheitswesen gilt, dass die Revolution und die Grippe-Pandemie kein Ausgangspunkt für grundlegende Veränderungen war. Die Influenza wurde faktisch zum Naturereignis deklariert, dem man nichts entgegensetzen könne. Die Bakteriologie gab keine befriedigende Antwort, Prävention lag außerhalb des Horizontes. So schnell, wie sie gekommen war, ging die Grippe auch wieder. Danach sprach man einfach nicht mehr darüber.

Anschrift:

Wilfried Witte
Skalitzer Str. 54 b

10997 Berlin

e-mail: wilfried.witte@medizin.fu-berlin.de

der Sozialen Gesetzgebung. Mainz 1896; Kürz, Ernst: Soziale Hygiene. Berlin, Wien 1907.

28 Kürz, Ernst: Zur Reform des badischen Gesundheitswesens. In: Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden 74 (1920), 102-105.

29 Brandt, Peter und Reinhard Rürup: Volksbewegung und demokratische Neuordnung in Baden 1918/19. Zur Vorgeschichte und Geschichte der Revolution. Sigmaringen 1991, S. 11.

GABRIELE MOSER

„Die Zukunft gehört der prophylaktischen Medizin“ –

Sozialhygiene, medizinisches Präventionsverständnis und Gesundheitsbegriff Ende der 1920er Jahre

I. Dass „Vorbeugen besser als heilen“ sei und seit alten Zeiten der Arzt es als seine „vornehmste Aufgabe“¹ betrachte, Krankheit zu verhüten – diese Auffassungen haben in unserem Sprachraum so große Popularität erreicht, dass sie unhinterfragt als allgemeingültig akzeptiert werden. Mit dieser Tatsache, die nicht zuletzt auf vielfache, medienwirksame öffentliche Verkündigungen von Leitsätzen und Entschlüsseungen „der Ärzteschaft“ durch ärztliche Standesvertreter und Standespresse zurückzuführen ist, korrespondiert ein zeitloses Arztbild, das sich im Idealbild des heilend-sorgenden Hausarztes konkretisiert. Im Kontrast zu einer ahistorisch-abstrahierenden Perspektive, in der nicht nur die Grundproblematiken gesundheitlicher Versorgung in hochindustrialisierten Gesellschaften ausgeblendet bleiben, soll im Folgenden versucht werden, die unterschiedlichen Positionen von Ärztegruppen in der Frage der „vorbeugenden Gesundheitsfürsorge“ zu skizzieren. Durch die kritische Einordnung historischer Formen von ärztlicher Tätigkeit mit ihren verschiedenen Facetten in ihre sozialhistorischen Zusammenhänge ergeben sich interessante Einblicke in die historische Dimension aktueller gesundheitspolitischer Fragen.

II. Die heftigen, z.T. bis zum „Ärztestreik“ sich steigernden Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Ärzteverbänden seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts² wurden zunehmend auch von professionsinternen Debatten um die sozialpolitische Orientierung ärztlicher Tätigkeit überhaupt begleitet. Beschränkte sich die Medizinalverwaltung des Kaiserreiches weitestgehend auf unumgänglich gewordene gesetzgeberische Eingriffe, wie die 1899 als Abschluss der seit Jahrzehnten geforderten „Medizinalreform“ erfolgte Neuregelung des staatlichen Gesundheitswesens durch das Kreisarztgesetz³, so wurden andererseits berufliche Zukunft und die soziale Stellung des Arztes durch die Sicherheit der stabilen Gesellschaftsstrukturen und die gesundheitspolitische Reformträgheit des Staates garantiert.

In der Weimarer Republik hatten sich die Rahmenbedingungen dieser Diskussionen dahingehend verändert, dass eine weitgehende Akzeptanz der gesundheitsfürsorgereisch ausgerichteten Sozialhygiene auf politischer Ebene zum Programm erhoben wurde. Ein Auszug aus der Etatrede des neuen preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 22. Mai 1919 zeigt die neue Schwerpunktlegung und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die ärztliche Ausbildung auf:

Die Bedeutung der [zu errichtenden – G.M.] Wohlfahrtsämter für die Volksgesundheit liegt darin, daß sie die gesundheitlich gefährdeten Schichten planmäßig für die Untersuchung, die Fürsorge, die gesundheitliche Beratung heranziehen und bei drohenden oder beginnenden Erkrankungen die zweckmäßige Behandlung rechtzeitig veranlassen. [...] Um allen diesen Aufgaben gewachsen zu sein, bedarf es eines mit den modernen Methoden der Gesundheitspflege vertrauten Perso-

1 Die Formulierung stammt aus dem Artikel „Krankheitsverhütung“. In: Hartmann, Fritz u.a. (Hrsg.): Fischer Lexikon Medizin. Band 1. Frankfurt/M. 1959, 214-234, 214.

2 Neuhaus, Rolf: Arbeitskämpfe, Ärztestreiks, Sozialreformer. Sozialpolitische Konfliktregelung 1900-1914. Berlin/West 1986. Für die Weimarer Republik s. v.a. Preller, Ludwig: Sozialpolitik in der Weimarer Republik. Kronberg/Ts. 1978 (1.Aufl. 1949).

3 Der vollständige Titel lautet: „Gesetz betr. die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen“. Zur Einordnung in die Entwicklung im 20. Jahrhundert s. Labisch, Alfons und Florian Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland (2 Teile). Düsseldorf 1985.

*nals. In die Vorbereitung der Ärzte müssen die Gebiete der sozialen Hygiene eingeschlossen werden, und die gesamte klinische Ausbildung muß möglichst darauf eingestellt werden, daß der Blick der Ärzte für die Anfangsstadien derjenigen Krankheitsvorgänge geschärft wird, welche in ihrem Verlauf und ihren Folgen die Lernfähigkeit der Jugend, die Erwerbsfähigkeit der Erwachsenen schädigen oder welche die körperliche Tüchtigkeit der Frau als werdende Mutter und als Fürsorgerin ihres Nachwuchses gefährden.*⁴

Die Diktion der ministeriellen Ausführungen, deren Urheber der Zentrumspolitiker Adam Stegerwald und seine Fachreferenten⁵ gewesen waren, verdeutlicht, dass das spezifische Verständnis von Sozialhygiene zu Beginn der Weimarer Republik nicht von einem individuell orientierten Gesundheitsbegriff ausging. Als Aufgabe der Gesundheitspflege wurde die planmäßige „Sanierung“ der Volksgesundheit im Bezugsrahmen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ebenso definiert wie Erhalt und Steigerung der generativen Reproduktionsfähigkeit. Die Veränderung der krankheitsverursachenden Lebens- und Arbeitsbedingungen wurde nicht gefordert, nicht einmal thematisiert. Stattdessen wurde mit dem frühzeitigen Erkennen der Anfangsstadien von Krankheit und deren Therapie die Sekundärprävention favorisiert; zeitgenössisch formuliert, lautete die Aufgabe, „Anbrüchige aufzuspüren und behandeln zu lassen“.⁶

Diese Entwicklung begann allmählich auch die alltägliche medizinische Praxis zu beeinflussen, indem sich der Bewertungsrahmen der ärztlichen Tätigkeit im Hinblick auf die Versicherungsträger verschob. „Schadenverhütung statt Schadenvergütung“ wurde Mitte der 1920er Jahre durch das zuständige Reichsarbeitsministerium als Losung für die zukünftige Schwerpunktlegung der Sozialversicherungsgesetzgebung ausgegeben. 1925 wurde mit der gesetzlichen Sanktionierung der freiwilligen Kostenübernahme für Heilfürsorge- und Vorsorgemaßnahmen durch die Versicherungsträger⁷ der Grundstein gelegt, auf dem die späteren „Richtlinien über Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung“ basierten. Die „Richtlinien“, so versicherte der Vorspann, seien nach Anhörung sämtlicher Spitzenverbände der Versicherungen, der Kommunalvertretungen und der Ärzte abgefasst worden und sollten der besseren Koordination bei der Bekämpfung der Volkskrankheiten und der Hebung der Volksgesundheit dienen, indem zur Gründung von „Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsfürsorge“ aufgefordert wurde.⁸ Eine systematische Einordnung der „Richtlinien“ nahm Prof. Dr. Otto Martineck, Dirigent der Ärztlichen Abteilung des Reichsarbeitsministeriums, 1930 vor:

4 Stenographischer Bericht der Preußischen Landesversammlung, Sitzung vom 22. Mai 1919; zitiert nach Zeitschrift für Medizinalbeamte 26 (1919), 240-257, 243f. Zum gesamten Themenbereich s.a. Moser, Gabriele: „Im Interesse der Volksgesundheit ...“ Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen in der Weimarer Republik und der frühen DDR. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte des deutschen Gesundheitswesens im 20. Jahrhundert. Frankfurt/M. 2001.

5 Auf die hohe personelle Kontinuität in der Medizinalverwaltung weist Paul Weindling hin – zwischen 1918 und 1932 wurden lediglich 8% der Fachbeamten ausgewechselt. (Weindling, Paul: Die Preußische Medizinalverwaltung und die „Rassenhygiene“. Anmerkungen zur Gesundheitspolitik der Jahre 1905-1933. In: Zeitschrift für Sozialreform 11 (1983), 675-687, 680).

6 Pryll, Walter: Gedanken über vorbeugende Maßnahmen der Krankenkassen und deren praktische Durchführung. In: Zeitschrift für soziale und Gewerbehygiene 1921, 332-347, 337.

7 Gesetz über Ausbau der Angestellten- und Invalidenversicherung und über Gesundheitsfürsorge in der Reichsversicherung vom 28. Juli 1925; RGBI I 1925, S.157-161.

8 Richtlinien über Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung. Vom 27. Februar 1929 (RGBI I 1929, S. 69), abgedruckt auch in: Die Arbeiter-Versorgung 9 (1929), 148-151. Die Zuständigkeiten für die gesundheitsfürsorgerische und therapeutische Betreuung der beiden wichtigen „Volkskrankheiten“ Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten wurden zum einen bei der Invalidenversicherung bzw. den Landesversicherungsämtern, zum andern bei der Krankenversicherung verankert.

Der Grundgedanke der Gesundheitsfürsorge ist die Vorbeugung gegenüber Volkskrankheiten; ihr Ziel die Bekämpfung der Volkskrankheiten und die Hebung der Volksgesundheit. Sie erfaßt die von Volkskrankheiten bedrohten Bevölkerungsgruppen (Gruppenvorbeugung). Sie ist, ärztlich gesehen, Organisation der Präventivmedizin gegenüber Volkskrankheiten.⁹

Der von dem veränderten sozial- und gesundheitspolitischen Diskussionsrahmen ausgehende Druck zum Überdenken der einseitigen kurativen Orientierung des Arztberufes und die tiefgreifenden Differenzen über das Konzept der „Vorbeugung“ bei den unterschiedlichen Ärztegruppen, überraschte nach eigenen Angaben die Geschäftsführung des Ärztevereinsbundes völlig. Wenn es letztlich auch gelang, in langwierigen Verhandlungen zwischen Standesführung und den neugegründeten Fürsorgearztverbänden ein Auseinanderbrechen des traditionell geschlossenen Ärztestandes zu verhindern, erfolgte die Rezeption gesundheitsfürsorgerischer Ideen durch die praktischen Ärzte eher oberflächlich.¹⁰ Da aber das Ziel der Professionspolitiker im Erhalt der Einheit des Standes bestanden hatte, muss man das Resultat ihrer Bemühungen als erfolgreich bewerten, das folgendermaßen aussah: Die Aufgabenbereiche der prophylaktischen Gesundheitsfürsorge und der Heilbehandlung wurden strikt voneinander abgegrenzt und den unterschiedlichen Ärztegruppen zugeordnet, was zu „einer völligen Trennung der Wege des praktischen Arztes und des Fürsorgearztes“¹¹ führen sollte.

Vom Standpunkt des Sozialhygienikers aus war diese Richtung der Entwicklung nicht wünschenswert. So hatte Fritz Rott 1927, wenn auch vergeblich, die Teilnehmer des Ärztetages darauf hinzuweisen versucht, dass in der Gesundheitsfürsorge ein zukunftssträchtiges Arbeitsgebiet für viele Ärzte liege und die Ärzteverbände daher nicht versäumen sollten, die kommenden „periodischen gesundheitlichen Durchmusterungen“ der gesamten Bevölkerung „dem praktischen Arzt rechtzeitig zu reservieren“.¹² Dieser Problemhorizont lag den teilnehmenden Ärzten aber zu fern, zumal der gesamte Würzburger Ärztetag noch dominiert war vom prinzipiellen Kampf gegen jegliche Erweiterung gesundheitsfürsorgerischer Tätigkeit. Besonders von der vermeintlich drohenden „Überspannung der Befürsorgung“ durch die kommunalen Fürsorgeärzte befürchtete man eine „volksmoralische Schädigung“, durch die Erweiterung der Kassenleistungen auf gesundheitsfürsorgerischem Gebiet erwartete man die Stärkung von „Versichertenmentalität“ und „Sekeritätsstreben“¹³.

Während 1927 in Würzburg u.a. ein Leitsatz verabschiedet wurde, der die Fürsorgeärzte verpflichtete, unter allen Umständen das „freie Arztum“ zu schützen und jegliche heilärztliche Maßnahme ausschließlich durch Überweisung an niedergelassene Ärzte in die Wege zu leiten¹⁴, waren umgekehrt dieselben Praktiker im Alltag kaum für die Belange der sozialhy-

9 Martineck, Otto: Die Bedeutung der „Richtlinien über Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung“ für den praktischen Arzt. In: Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung 1930, Nr. 21, 709-713, 709 (Kursivierung entspricht Sperrung im Original – G.M.).

10 Auf demselben 49. Deutschen Ärztetag, auf dem die Ärzteschaft die Gesundheitsfürsorge als zu fördernd begrüßte, wandte sie sich gegen eine Aufnahme sozialhygienischer Ausbildungsinhalte in den Reformplan für das Medizinstudium (vgl. Deutsches Ärzteblatt 1930, Nr. 25, TOP 8: Die Reform der ärztlichen Prüfungsordnung).

11 Schlossmann, Arthur: Die Krise des Ärztestandes und die Sozialhygiene. Leipzig 1930, S. 40. Was Schlossmann am 2. September 1929 noch als – möglichst abzuwendende – Befürchtung formuliert hatte, wurde mit den 1930 geschlossenen Abkommen und den Ärztetagsbeschlüssen Realität.

12 Rott, Fritz: Redebeitrag auf dem 46. Deutschen Ärztetag. In: Ärztliches Vereinsblatt 1927, Nr. 1432, 42f., 43.

13 Vgl. Referate und Diskussionen der Ärztetagsdelegierten, die einen plastischen Eindruck vom Klima der Verhandlungen vermitteln (ebd.).

14 Scheyer, [Alfred]: Aufgaben, Bedeutung und Ausbau der Fürsorgearztstätigkeit. In: Ärztliches Ver-

gienisch motivierten Gesundheitsfürsorge zu gewinnen. 1921 sprach der Ueckermünder Kreisarzt Dr. Boege gar von „passivem und aktivem Widerstande der Aerzte“ gegen die Tuberkulosefürsorge, durch deren Angebot der Arzt „auch einen zahlenden Kunden aus seinen Sprechstunden verschwinden“ sehe¹⁵. Ebenfalls wurde in den 1920er Jahren von den staatlichen Medizinalbeamten über die mangelnde Bereitschaft zur Mitarbeit bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten geklagt, so dass anlässlich einer erneuten Typhusepidemie in Vorpommern Oberregierungsmedizinalrat Dr. Gustav Bundt von der Stettiner Medizinalverwaltung den Vorschlag einer „Honorierung der Aerzte für jede Anzeige übertragbarer Krankheiten“¹⁶ einbrachte, von der er sich eine Verbesserung der Erfassungsrate erhoffte.

Das Spannungsverhältnis zwischen ärztlichem Praktiker und Aufgabenbereichen der öffentlichen Gesundheitspflege und Gesundheitsfürsorge war in den 1920er Jahren ohne Zweifel auf verschiedenen Ebenen vorhanden. Dennoch gelang es ärztlichen Standespolitikern 1930, die Delegierten des 49. Deutschen Ärztetages unter der Überschrift „Die Ärzteschaft fördert die Gesundheitsfürsorge“ zur Annahme folgender EntschlieÙung zu bewegen:

Wie die Ärzteschaft bisher in Wissenschaft und Praxis unter voller Hingabe die Aufgaben der Heilbehandlung erfüllt hat, so ist sie auch bereit, sich der vorbeugenden Medizin in Forschung und Praxis zu widmen. Sie wird sich hierbei von keiner Seite übertreffen lassen, getreulich ihrer Aufgabe, Gesundheitsdienst am deutschen Volke zu leisten. Notwendig hierfür ist die Erhaltung der individuellen Heilbehandlung und Stärkung des persönlichen Vertrauens zwischen Arzt und Kranken.¹⁷

Nach dem Würzburger Ärztetag hatten sich vor allem Erich Schröder, Franz Redeker und Nathanael Wollenweber als Vertreter der angestellten Fürsorgeärzte bzw. Medizinalbeamten um die Verständigung mit den Vertretern der niedergelassenen Ärzte bemüht, wobei eine größere Übereinstimmung in der (partei-)politischen Grundausrichtung die Verständigung erleichtert haben dürfte.¹⁸ Im Gegensatz zu Vertretern der „alten Sozialhygiene“ wie Alfred Grotjahn, Arthur Schlossmann oder Julius Moses, die zum Teil der ärztlichen Standespolitik ausgesprochen kritisch gegenübergestanden hatten, waren die Vertreter der „neuen Sozialhygiene“ weder mit liberal- oder sozialdemokratischer Politik zu identifizieren, noch teilten sie die Auffassung der Notwendigkeit einer sozialen Umgestaltung der Gesellschaft oder einzelner ihrer Teilbereiche:

„Wir Ärzte sind nicht dazu da,“ führte Carl Coerper 1927 aus, „die Wirtschaft zu ändern, wohl aber haben wir die Aufgabe, das Verhältnis der Naturgegebenheiten einerseits und der Zivilisation andererseits einander zuzuordnen und die Anpassungsnotwendigkeiten möglichst einfach zu gestalten. [...] Die Aufgabe des Arztes bleibt es, mit den wirklichen bestehenden Verhältnissen zu rechnen und diese Verhältnisse vorbeugend so zu gestalten, daß die Leistungsfähigkeit der Bevölke-

einsblatt 1927, Nr. 1432, 35-41, s. Leitsatz 5 der EntschlieÙung.

15 Boege: Ueber Fürsorge im allgemeinen und über Tuberkulosefürsorge im besonderen. In: Zeitschrift für Medizinalbeamte 1921, Nr. 13, 233-239, 238.

16 Bundt, [Gustav]: Epidemiologische Erfahrungen über Typhus. In: Zeitschrift für Medizinalbeamte 1926, Nr. 8, 189-209, 208.

17 Abgedruckt bei Schröder, Erich: 49. Deutscher Ärztetag in Kolberg vom 26. bis 27. Juni 1930. In: Zeitschrift für Gesundheitsverwaltung 1930, Heft 19, 512-515, 515; die Annahme erfolgte bei einer Gegenstimme. Als Gegenleistung für diese „weitgehende Übernahme öffentlicher Pflichten“ (ebd.) forderte der Ärztetag im Schlussabschnitt dieser EntschlieÙung die Herausnahme der Ärzte aus der Gewerbeordnung, die Schaffung einer Reichsärzteordnung und die Aufhebung der Kurierfreiheit (ebd.).

18 Zu beruflichem Werdegang und politischer Sozialisation vgl. die Kurzbiographien im Anhang bei Labisch/Tennstedt 1985, II, Schröder (494-496), Redeker (474-476), Wollenweber (515-517).

...nung nicht nur angespannt, sondern erhalten wird.“¹⁹

Auf der Ebene des medizinischen Verständnisses lag der Schlüssel für die Annäherung der beiden Positionen der Standesvertreter und der organisierten Fürsorgeärzte in ihrer ärztlich-biologischen Betrachtungsweise, die den sozialwissenschaftlich-interdisziplinären Ansätzen der älteren Sozialhygiene völlig ablehnend gegenüberstand.²⁰ Die biologistische Sicht und das Verständnis der Gesellschaft als „Gesamtkörper“ schufen die gemeinsame Basis der Verständigung, auf der die für beide Seiten akzeptable Abgrenzung der sozialhygienischen wie der individualtherapeutischen Arbeitsfelder realisierbar wurde, wie die von Schröder formulierten und ebenfalls auf dem Ärztetag 1930 verabschiedeten „Richtlinien über die ärztliche Zusammenarbeit in der öffentlichen Gesundheitsfürsorge“ zeigen:

1. Aufgabe der öffentlichen Gesundheitsfürsorge ist die biologische Überwachung der für den normalen Bevölkerungsaufbau lebenswichtigen Gruppen, soweit diese von gleichartigen biologischen Schäden bedroht werden oder besonderen sozialen oder gewerblichen Schäden ausgesetzt sind, zum Zwecke der Verhütung und Erfassung der Volkskrankheiten. Die Durchführung dieser Aufgabe erfolgt durch die Ärzte, die von den Trägern der öffentlichen Gesundheitsfürsorge vertraglich verpflichtet sind.

2. Im Gegensatz zu der gruppenmäßigen Arbeit der öffentlichen Gesundheitsfürsorge ist die ärztliche Heilbehandlung ihrem Wesen nach auf das kranke Individuum, die Fürsorge für dieses und seine Umgebung eingestellt, ganz unabhängig, zu welcher bevölkerungspolitischen Gruppe oder wirtschaftlichen Schicht es gehört. Diese Tätigkeit ist Aufgabe eines freien ärztlichen Berufsstandes.²¹

Dass diese innerstandliche Abgrenzung von heilärztlicher und gesundheitsfürsorgerischer Tätigkeit von den organisierten Ärzten als Rahmen allgemein akzeptiert wurde, darf aufgrund der allgemein herrschenden Verbandsdisziplin angenommen werden. Für die anderen Fürsorgeärzte, die weder die Trennung von Beratung und Behandlung selbst hinnehmen, noch den Umfang der gesundheitsfürsorgerischen Arbeit aus dem bevölkerungspolitischen Gedanken dieser Tätigkeit gewinnen wollten²², bedeutete diese Annäherung auf Körperschaftsebene eine Verschlechterung ihrer Position, da hier rechtsverbindliche Strukturen für eine Vielzahl von kommunalen Anstellungsverhältnissen geschaffen wurden. Neben der weiteren Marginalisierung alternativer Interpretationen gesundheitsfürsorgerischer Tätigkeit wirkte sich das starke Ärzdebündnis „medizinierend“ auf die Sozialhygiene aus: Die früher konzeptionell multidisziplinär ansetzende Gesundheitsfürsorge wurde auf ärztliche Professionsmitglieder nicht nur in der Praxis, sondern auch in der Beratung und als leitende Gesundheitsverwalter verengt.

19 Coerper, Carl: Ärztliche Berufsberatung. In: Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene 1927, Heft 7, 212-215, 214. Coerper war damals Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes der „Deutschen Gesellschaft für soziale Hygiene“ und wurde im darauf folgenden Jahr zu deren Vorsitzendem gewählt.

20 Arthur Schlossmann verstand Sozialhygiene als Sozialwissenschaft und betonte den gesellschaftswissenschaftlich-interdisziplinären Ansatz, Carl Coerper dagegen äußerte 1928 in direktem Bezug auf Schlossmann, „daß der Sozialhygieniker nichts von der Sozialwissenschaft zu lernen hat und sich nur biologischer Methoden bedienen kann“ (zitiert nach: Tagung der Deutschen Gesellschaft für soziale Hygiene. In: Sozialhygienische Mitteilungen 1928, Heft 3/4, 112-114, 114).

21 Abgedruckt im Anschluss an Schröder, Erich: 49. Deutscher Ärztetag in Kolberg vom 26. bis 27. Juni 1930. In: Zeitschrift für Gesundheitsverwaltung 1930, Heft 19, 512-414, 514f.

22 Viele Berliner Stadtärzte gehörten zu dieser Gruppe von Fürsorgeärzten, u.a. Georg Löwenstein. Zur prinzipiellen Ablehnung jeder Form von „differenzierter“ Gesundheitsfürsorge vgl. z.B. Benjamin Georg: Soziale Hygiene und Volkswirtschaft. Grundsätzliche Bemerkungen. In: Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene 1926, Nr. 3, 97-103.

III. Zwar beeinträchtigte auch die Verortung der gesundheitsfürsorgerischen Maßnahmen bei der Sozialversicherung, deren Hauptaufgabe auf dem Gebiet der Kompensation von Schäden lag²³, eine umfassend-präventive Wahrnehmung der vielfältigen Gesundheitsbedrohungen. Aber erst das Zusammenspiel von Dethematisierung der Veränderung von Lebens- und Arbeitsbedingungen und dem verengten biologisch-medizinischen Interpretationsrahmen der Sozialhygiene gegen Ende der Weimarer Republik sorgte für die immer offenkundigere Umwandlung des Gesundheitsfürsorgezieles „Verhinderung vermeidbarer *Erkrankungen*“ in „Begrenzung vermeidbarer *Erkrankungsfolgen*“²⁴ durch die Frühbehandlung. Im Gegensatz zu Prävention und Prophylaxe hatte die therapeutische Intervention tatsächlich „schon immer“ den Kernbereich ärztlicher Tätigkeit gebildet, weshalb die Zuständigkeit der ärztlichen Profession auch für die Prävention von Erkrankungen glaubhaft vermittelt werden konnte. Ob allerdings der „medizinische Griff nach der Prävention und Gesundheit“²⁵ den einzig erfolgversprechenden Weg zur Förderung von Gesundheit darstellt, darf kritisch hinterfragt werden.

Anschrift:

Gabriele Moser
Wasen 32

79244 Müntetal

23 Das Spannungsverhältnis von Kompensation und Prävention in der Sozialversicherung ist bisher besonders für die Beziehung Unfallversicherung - Gewerbehygiene untersucht worden; vgl. z.B. Machtan, Lothar: Risikoversicherung ohne arbeitsweltbezogene Sozialpolitik (Prävention) - Eine historische Weichenstellung. In: Rosenbrock, Rolf und Friedrich Hauss (Hrsg.): Krankenkassen und Prävention. Berlin 1985, S. 3-14. Von Dietrich Milles liegen zahlreiche wichtige Arbeiten zur Geschichte der Gewerbehygiene in Deutschland vor, s. zuletzt Milles, Dietrich: „Arbeiterschicksal“ im „klinischen Blick“. Primäre und sekundäre Risiken in Sozialversicherungsverfahren. In: Marstedt, Gerd u.a. (Hrsg.): Gesundheitskonzepte im Umbruch. Lebenslaufpolitik der Unfall- und Krankenkassen. Bremerhaven 1999, 174-205.

24 Gottstein, Adolf: Gesundheitsfürsorge. In: Soziale Medizin 1929, Nr.4, 199-204, 203 [Hervorhebung G.M.].

25 Niehoff, Jens-Uwe und Frank Schneider: Sozialepidemiologie in der DDR. Probleme und Fakten. In: Jahrbuch für kritische Medizin Band 16, Hamburg 1991, 53-83, 71.

ANDREAS WULF

Macht die Hygiene vor den Fabriken und Kontoren halt? –

Gesundheitliche Gefährdungen der Arbeitswelt als konfliktreiches Stiefkind der Sozialmedizin/Sozialhygiene in der Weimarer Republik

1995 erschien ein Lehrbuch der Sozialmedizin, herausgegeben vom letzten Professor für Sozialhygiene der DDR, Jens-Uwe Niehoff, das trotz seines im Titel angegebenen Ziels, die *Sozialmedizin systematisch*¹ darzustellen, eine bemerkenswerte Leerstelle aufweist.

Unter den Aspekten der *sozialen Ungleichverteilung der Gesundheitsprobleme*² werden wohl Genetische Variabilität und Krankheit, Alter und Krankheit, Geschlecht und Krankheit, Region und Krankheit, Kultur und Krankheit aufgeführt, auf den gesundheitlichen Einfluss der beruflichen Arbeitswelt wird aber nicht einmal unter dem Stichwort *Soziale Lage und Krankheit* ausführlicher Bezug genommen³.

Auch im Kapitel *Lebensweisen und Lebensstile als Krankheitsursachen*⁴ werden zwar Ernährung, Bewegung, Sucht, Gewalt und Armut vorgestellt, eine Berücksichtigung der Lohnarbeit findet jedoch lediglich unter dem verallgemeinernden Aspekt *Psychische Fehlbeanspruchung* (Stress) mit den kargen Stichworten *Arbeitslosigkeit* und *chronische Arbeitsbelastungen* statt⁵, ohne spezifischere Aspekte aktueller Arbeitsbedingungen wenigstens zu skizzieren.

Damit gerinnen die konkreten Arbeitsbedingungen zu einem schichtspezifischen Milieu, eben jener „sozialen Lage“, deren analytische Unschärfe die gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit zu einer neuen „Naturkonstante“, der *epidemiologischen Transition*⁶, verschwimmen lässt.

Dieses systematische „Fehlen“ der industriellen Pathologie in den Konzepten der heutigen Sozialmedizin mag überraschen, bestimmt doch die (Lohn-)Erwerbstätigkeit nach wie vor für die überwiegende Mehrzahl der Menschen in diesem Land einen wesentlichen Teil ihres Alltags und ihrer gesundheitlichen Probleme. Es korrespondiert zudem mit einem überwiegend naturwissenschaftlich-technisch verengten Arbeitsverständnis der Arbeitsmedizin, die „ihre sozialpolitische Ausrichtung an den Problemen des Arbeiters in der Produktion durch eine technologische Rationalität ersetzt hat“⁷, wie es Hansen et al. schon 1981 ausdrückten.

In der Arbeit des erwähnten Wiener Sozialmediziners und späteren Düsseldorfer Landesgewerbearztes Ludwig Teleky wird einiges von den gesellschaftlichen Bedingungen deutlich, die eine solche „Dethematisierung“ der sozialpolitischen Implikationen der alten Gewerbehygiene, die wesentlich in der Kritik an den oftmals katastrophalen Arbeitsbedingungen der kapitalistisch-industriellen Produktion im 19. Jahrhundert entstanden war, beförderten.

Ich will deshalb in einem kurzen Abriss wichtige Arbeitsfelder Telekys vor allem während seiner zwölf Jahre in Düsseldorf besonders in ihrem professions- und sozialpolitischen Kontext

1 Niehoff, Jens-Uwe: Sozialmedizin systematisch. Lorch/Württemberg 1995.

2 Ebd. S. 126

3 Ebd. S. 133

4 Ebd. S. 170

5 Ebd. S. 177

6 Ebd. S. 134

7 Hansen, Eckhard, Michael Heisig, Stefan Leibfried und Florian Tennstedt: Seit über einem Jahrhundert ... Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik. Sozialer Fortschritt, organisierte Dienstleistungsmacht und nationalsozialistische Machtergreifung: der Fall der Ambulatorien und den Unterweserstädten und Berlin. 100 Jahre kaiserliche Botschaft zur Sozialversicherung: Eine Festschrift (= WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung). Köln 1981, S. 113f.

skizzieren.

Ludwig Teleky eignet sich für eine solche Untersuchung auch deshalb besonders gut, weil in seinem sozialmedizinischen Konzept und seiner eigenen Praxis die enge Verbindung zur Arbeitswelt ein wesentlicher Bestandteil war.

Schon kurz nach seinem beginnenden Engagement in der Tuberkulosebekämpfung in Österreich⁸ entwickelte sich Telekys Zusammenarbeit mit den Wiener und österreichischen Gewerkschaften, mit deren Unterstützung er gewerbemedizinische Untersuchungen⁹ vornahm und schließlich wurde er 1905 beim Wiener Krankenkassenverband Spezialarzt für Berufskrankheiten.¹⁰ Sein internationales Engagement in diesem Arbeitsfeld gipfelte in der Vorbereitung des 3. Internationalen Kongresses für Gewerbekrankheiten, der 1914 in Wien stattfinden sollte, dann aber durch den Beginn des Ersten Weltkrieges nicht mehr realisiert werden konnte¹¹.

So wundert nicht, dass er bei seiner Antrittsvorlesung als Dozent für Sozialmedizin 1909 an der Wiener Medizinischen Fakultät forderte, die Sozialmedizin solle

*die Einwirkung gegebener sozialer und beruflicher Verhältnisse auf die Gesundheitsverhältnisse feststellen und angeben, wie durch Maßnahmen sanitärer und sozialer Natur derartige schädigende Einwirkungen verhindert oder ihre Folgen nach Möglichkeit behoben oder gemildert werden können.*¹²

Fand Telekys gewerbehygienische Arbeit in Österreich vor allem in Zusammenarbeit mit Gewerkschaften und Krankenkassen bzw. im Kontext sozialpolitischer Diskussionen statt, so ergab sich für ihn nach dem Ersten Weltkrieg mit seinem Wechsel 1921 ins Deutsche Reich als preußischer Landesgewerbearzt für das Rheinland ein direkter Zugang zu den Produktionsstätten und ihren gesundheitlichen Gefährdungen. (Typischerweise konnten die Reihenuntersuchungen, die Teleky zuvor in Wien mit Unterstützung der Gewerkschaften vorgenommen hatte, in erster Linie während Streikaktionen durchgeführt werden, also gerade außerhalb der Betriebe und Fabriken.)¹³

Dieser Orts- und Institutionswechsel war bereits ein Ausdruck der Trennung der Gewerbehygiene von der sozialen Medizin, die Telekys universitäre Karriere in Wien nach dem Ende des Ersten Weltkrieges zwangsweise beendete und seinen Wechsel in die neuen Tätigkeitsfelder im Deutschen Reich vorbereitete. In Österreich dominierte dann im Zuge der Hegemonie reichsdeutscher Terminologie und Konzeptionen eine Sozialhygiene mit einem deutlichen biologistischen und sozialdarwinistischen bis rassenhygienischen Schwerpunkt, für den der spätere Wiener Ordinarius für Soziale Hygiene, Heinrich Reichel, stand¹⁴, wäh-

8 Im Tuberkulosekomitee der Gesellschaft der Ärzte Wiens ab 1902 und im Hilfsverein für Lungenkranke ab 1903, schließlich ab 1911 im Österreichischen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose.

9 Teleky, Ludwig: Geschichtliches, Biographisches, Autobiographisches. Ärztliche Wochenschrift 10 (Berlin, Göttingen, Heidelberg 1955) S. 112-116, (Wiederabdruck in: Lesky, Erna: Sozialmedizin. Entwicklung und Selbstverständnis (= Wege der Forschung, Band 273). Darmstadt 1977, S. 355-370), 114.

10 Hubenstorf, Michael: Soziale Medizin in Österreich 1890-1914. Diss. Med. Freie Universität Berlin 1992 (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften, Heft 86). In Vorbereitung, S. 599.

11 Vgl. Hubenstorf, Soziale Medizin, Kap. 5.7.4.3., S. 602f.

12 Teleky, Ludwig: Die Aufgaben und Ziele der Sozialen Medizin. In: Teleky, Ludwig (Hrsg.): Wiener Arbeiten aus dem Gebiet der sozialen Medizin. Heft 1. Wien 1910, S.1-20, hier S. 18 [Hervorhebung A.W.].

13 Teleky, Geschichtliches, S. 114.

14 Vgl. Hubenstorf, Michael: Sozialmedizin, Menschenökonomie, Volksgesundheit. In: Kadroska, Franz (Hrsg): Aufbruch und Untergang. Österreichische Kultur zwischen 1918 und 1938. Wien,

rend auch Telekys Schüler Alfred Götzl und Sigismund Peller, die in Wien blieben, keine Möglichkeiten der wissenschaftlichen Weiterarbeit erhielten.¹⁵

Um die zu Beginn der Weimarer Republik in Preußen neu eingerichteten Stellen für Landesgewerbeärzte in der staatliche Gewerbeaufsicht hatte es im Deutschen Reich eine lange, kontinuierliche Auseinandersetzung zwischen den technischen Gewerbeaufsichtsbeamten als der traditionell für die Überwachung der Industriebetriebe zuständigen Beamtengruppe und sozialpolitisch und gewerbehygienisch engagierten Medizinern gegeben. Die staatliche Gewerbeaufsicht hatte sich – nach hartnäckigem generellen Widerstand der Unternehmer gegen jede Form des staatlichen Eingriffs in der Zeit des freien „Manchester“-Kapitalismus – vor allem auf die Unfallgefahren durch die zunehmende Verwendung von Maschinen im Produktionsprozess konzentriert, getreu ihrer Herkunft aus der „Dampfkesselrevision“¹⁶, und stand Medizinern wie dem Berliner Arzt Theodor Sommerfeld, der 1905 mit seiner Schrift *Der Gewerbearzt* nachdrücklich die Forderung nach der

*systematischen Mitwirkung des Arztes bei der Beaufsichtigung der Gewerbebetriebe*¹⁷

erhob, abwehrend gegenüber.

Die Gewerbeinspektoren argumentierten vielfach mit dem überwiegend technischen Charakter auch des gesundheitlichen Arbeitsschutzes:

Ein zweites, vielfach angeführtes und für die weitere Zusammenarbeit wesentliches Argument bezog sich auf den unterschiedlichen gesellschaftlichen Standort der beiden Berufsgruppen, mit dem die Gewerbeaufsichtsbeamten einer Mitarbeit von Ärzten äußerst skeptisch gegenüberstanden:

*Aber wie immer auch die Vorbildung gewesen sein mag, eins ist unerlässlich für die praktische Betätigung: volles Verständnis für die in der Industrie bei Arbeitgebern und Arbeitern herrschende Denkungsart! Und hierzu ist nach unserer vollen Überzeugung eine längere Tätigkeit in der Industrie unbedingt erforderlich. [...] Nur wer gefühlt hat, wie die regelmäßige gewerbliche Tätigkeit in ihrer Einförmigkeit wirkt, wie die straffe Disziplin, aufrecht erhalten nicht auf der kameradschaftlichen Grundlage wie beim Militär, sondern durch die Existenzsorge, den Menschen beeinflusst, nur wer als Leiter industrieller Betriebe durch die Konkurrenz gezwungen war, das Höchstmaß der Arbeitsleistung aus dem Arbeiter herauszuziehen und mit möglichst geringen Mitteln tadellose Fabrikprodukte zu schaffen, nur der kann sich ein solches praktisches Verständnis für die Arbeiterfrage erwerben, daß er im unmittelbaren Verkehr mit Arbeitgebern und Arbeitnehmern als Mittelsperson sich das Vertrauen beider Parteien zu gewinnen und zu erhalten vermag.*¹⁸

Hier wird das grundsätzliche Problem des Arbeitsschutzes im kapitalistischen Produktionsprozess bereits überaus klar deutlich:

Ein Höchstmaß an Mehrwertschöpfung im Konkurrenzkampf der Produzenten durch maximale Ausnutzung der Arbeitskraft des Arbeiters, dessen „Existenzsorge“, d.h. Besitzlosigkeit an anderen Produktionsmitteln als seiner Arbeitskraft, ihn zur Zustimmung zu dieser Ausnutzung

München, Zürich 1981, S. 247–265, 252.

15 Vgl. Hubenstorf, Soziale Medizin, Tabelle 5.7.1., S. 630.

16 Teleky, Ludwig: Ärzte und Techniker in der Gewerbeaufsicht. Deutsche Medizinische Wochenschrift 60 (1934) 681-683, hier 683.

17 Sommerfeld, Theodor: Der Gewerbearzt. Jena 1905, S. 1

18 Concordia (Arzt), S. 24. Arzt und Techniker in der Gewerbeaufsicht. Concordia 12 (1905), 21-25.

zwingt, darf durch den Arbeitsschutz nicht gefährdet werden; nur innerhalb der Logik dieser Produktionsweise sind Kompromisse zum Schutz der Gesundheit der Arbeiter möglich.

Und genau diese innere Logik fehle, neben dem nötigen technischen Wissen und Können, so der Autor dieses Textes, den Ärzten, die in die Gewerbeaufsicht strebten:

Er würde stets mit dem Mißtrauen der Industriellen zu kämpfen haben, daß er zu weitgehende und unerfüllbare Forderungen erhöhe.¹⁹

In der Weimarer Republik konnte die Integration von Landesgewerbeärzten in Preußen (zunächst fünf, ab 1928 dann acht Aufsichtsbezirke mit je einem/einer hauptamtlichen Landesgewerbearzt/-ärztin, ab 1928 wurden die Aufsichtsbezirke auch noch mit je einem/einer Gewerbemedizinalassessor/in zur Ausbildung verstärkt) nur gegen den Widerstand des Vereins Deutscher Gewerbeaufsichtsbeamten (VDGBA) durchgesetzt werden. Auch die Ansiedlung der ärztlichen Gewerbeaufsicht im Ministerium für Volkswohlfahrt und ihr eigenständiges Besichtigungs- und Anordnungsrecht wurde von den Technikern „zur Wahrung der einheitlichen Verwaltung“ der staatlichen Gewerbeaufsicht abgelehnt²⁰, während Teleky diese doppelte Zuständigkeit (die technische Gewerbeaufsicht war Teil des Ministeriums für Handel und Gewerbe) für die wünschenswerte Gleichberechtigung und Unabhängigkeit beider Berufsgruppen und auch für die Wirksamkeit des Rekursrechts bei Streitigkeiten positiv einschätzte.²¹

In der sich entwickelnden Praxis der ärztlichen Gewerbeaufsicht, die sich besonders auf Betriebe bezog, in denen Einstellungs- und/oder periodische Untersuchungen der Arbeiterinnen vorgeschrieben waren (Bleibetriebe, bestimmte chemische Betriebe, Glashütten, Bergwerke) und auch auf solche Betriebe, in denen es aktuell zu gesundheitlichen Schädigungen gekommen war, von denen die Gewerbeärzte durch die Betroffenen selbst (in den von den Ärzten eingerichteten Sprechstunden) oder durch Gewerkschaften und die technische Gewerbeaufsicht oder Unfallgenossenschaften erfuhren, bemühten sich die Landesgewerbeärzte um eine kooperative Zusammenarbeit mit den Technischen Gewerbeaufsichtsbeamten. Überwiegend wurden Betriebsbesichtigungen gemeinsam vorgenommen. Eine charakteristische Formulierung über Bereitschaft und Grenzen dieser Zusammenarbeit sei aus dem ersten Jahresbericht Telekys an die vorgesetzte Behörde im Ministerium zitiert:

Ich fand, von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen, Verständnis und Entgegenkommen für meine Anregungen, wenn es mir auch nicht immer gelang, mit meinen Anschauungen durchzudringen.²²

Die Hoffnung auf eine zunehmend kooperativere Haltung der technischen Aufsichtsbeamten wurde jedoch immer wieder enttäuscht. Bis in die letzten Jahre der Weimarer Republik beschwerten sich die Landesgewerbeärzte, dass sie oftmals keine Informationen von den Aufsichtsbeamten über die von ihnen gewünschten Anordnungen in den Betrieben erhielten, obwohl es den Gewerberäten in verschiedenen Dienstanweisungen zur Pflicht gemacht worden war.²³

19 Concordia (Arzt), S. 25.

20 Rasch, H.: Die gewerbehygienischen Aufgaben und die Mitwirkung der Ärzte in der Gewerbeaufsicht. Zentralblatt für Gewerbehygiene 9 (1921), 168-171, 185-190, hier 190.

21 Teleky, Ludwig: Die Stellung des Gewerbearztes. Zeitschrift für Soziale Hygiene Berlin 3 (1921/22), 199-207, hier 205.

22 Teleky, Ludwig: Jahresbericht Düsseldorf für das Jahr 1921/22. In: Beyer, Alfred: Die ärztliche Gewerbeaufsicht. Nebst Jahresberichten der Gewerbemedizinalräte über die Jahre 1921-1924. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung Berlin 21 (1926), 367-780, hier 394.

23 Etwa in der Dienstordnung, die auf Antrag des Landesgewerbearztes Hermann Gerbis, der ab 1927 den Aufsichtsbezirk Berlin betreute, erlassen worden war. Vgl. Beyer, Alfred und Hermann Gerbis (Hrsg.): Jahresbericht über die Tätigkeit der preußischen Gewerbemedizinalräte während des Kalenderjahres 1927. Im Auftrag des Herrn Ministers für Volkswohlfahrt. Veröffentlichungen aus

In der Dynamik der interprofessionellen Auseinandersetzungen waren aber auch zunehmend vonseiten der Mediziner Abgrenzungsbedürfnisse spürbar. Am deutlichsten formulierte diese der bayrische Landesgewerbearzt Franz Koelsch, der nach vielen Jahren der schwierigen Kooperation mit den Technikern zu einer verstärkt ärztlich-medizinischen Neudefinition der ärztlichen Gewerbeaufsicht gelangte:

Wir Gewerbeärzte bzw. Arbeitsmediziner haben aber nicht den Ehrgeiz, dem technischen Gewerbeaufsichtsbeamten in Bezug auf Fabrikrevisionen Konkurrenz zu machen. Wir Ärzte müssen uns lediglich vorbehalten, daß gewisse Fragen des Arbeiterschutzes, die im wesentlichen biologisch orientiert sind, nicht von einem Ingenieur, sondern von einem Arzt behandelt werden. [...] Heute stehen konstitutions-pathologische, psychologische, physiologische und andere biologische Fragen im Vordergrund, die den unfalltechnischen an Bedeutung mindestens gleichwertig sind, sie sogar vielfach übertreffen. Daraus ergibt sich die Bedeutung der Arbeitsmedizin und die Notwendigkeit, ihr entsprechende erfolgreiche Arbeitsmöglichkeiten für die Praxis zu schaffen.²⁴

Der charakteristische „Rückzug“ aus dem konflikthaftern Feld der Gewerbehygiene mit ihrer engen Verbindung von Erkenntnisgewinn durch Forschung und Umsetzung in einer Gewerbeaufsichts-Praxis auf eine strenger biologisch orientierte Arbeitsmedizin hin, auf den die Arbeiten von Dietrich Milles hinweisen²⁵, wird hier besonders sichtbar.

Ludwig Teleky betonte dagegen bis zum Schluss seiner Tätigkeit als preußischer Landesgewerbearzt die Kooperation beider Berufsgruppen für eine sinnvolle Aufsichtstätigkeit, die für ihn im Zentrum der Arbeit stand.

Wie sind nun die Gebiete des technischen und des ärztlichen Gewerbeaufsichtsbeamten von einander zu trennen, gegeneinander abzugrenzen? Ich halte diese oft gehörte Fragestellung für verfehlt, die Frage müßte lauten: Wie sollen diese beiden Gewerbeaufsichtsbeamten zusammenarbeiten?²⁶

Gewerbehygienische Forschung – Der Beitrag Ludwig Telekys

Die selbständige gewerbehygienische Forschung war eine der zentralen Aufgaben der Landesgewerbeärzte in der Weimarer Republik - und wurde von ihnen mit aller Entschiedenheit verteidigt gegen die Versuche vor allem der technischen Aufsichtsbeamten, die Gewerbeärzte ausschließlich zur Auftragsarbeit zu verpflichten (s.o.).

Telekys Arbeiten schlossen dabei an seine Vorarbeiten in Österreich an und zeichneten sich wie seine Arbeit in der Gewerbeaufsicht durch zahlreiche Kooperationen aus.

Dabei wurde auch die enge Verknüpfung der gewerbehygienischen Forschung Telekys mit dem Arbeitsschutz deutlich, der als Zielgröße seiner „normativen“ Gewerbehygiene diente,

dem Gebiete der Medizinalverwaltung Berlin 28 (1929), 503-712, hier 703.

24 Koelsch, Franz: Zur Organisation des gewerblichen Dienstes in Deutschland. Klinische Wochenschrift 8 (1929), 2013-2016, hier 2015.

25 Vgl. Milles, Dietrich: Anfänge, Entwicklungen und Probleme des gewerbeärztlichen Dienstes in Deutschland. In: Müller, Rainer et. al. (Hrsg.): Industrielle Pathologie in historischer Sicht. Arbeitstagung am 18./19. Dezember 1984 in Bremen. Bremen 1984, S. 159-181, hier S. 173f.; Milles, Dietrich: 75 Jahre Landesgewerbeärzte in Deutschland. Franz Koelsch und die Probleme einer Institution zwischen Gewerbeaufsicht und öffentlicher Gesundheitspflege. In: Müller, Rainer und Dietrich Milles (Hrsg.): Beiträge zur Geschichte der Arbeiterkrankheiten und der Arbeitsmedizin in Deutschland (= Sonderschrift Nr. 15 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz). Dortmund 1984, S. 580-602, hier S. 589f.

26 Teleky, Ärzte 1934 S. 682.

wie er in seinem Kapitel über *Gewerbehygienisches Arbeiten und Forschen* im zweiten Band des Handbuchs der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge²⁷ ausführte:

*Zweck jeder gewerbehygienischen Untersuchung ist es ja, zur Lösung der Frage beizutragen, ob und welche Änderungen in der Betriebsführung notwendig sind, um den Gesundheitszustand der Arbeitenden günstig zu beeinflussen.*²⁸

Grundlage für Telekys Arbeit war dabei ein epidemiologisches Konzept auf der Höhe der Zeit. Im Kontext seiner gewerbehygienischen Arbeit wird Telekys starkes Engagement während der gesamten Zeit seiner Arbeit in Düsseldorf für die Schaffung einer verbesserten gewerbemedizinalstatistischen Datenlage vor allem vor dem Hintergrund seiner „epidemiologischen Definition“ der Gewerbe- und Berufskrankheiten verständlich: Diese seien

*spezifische, den einzelnen Gewerben in gewissem Sinne eigentümliche Krankheiten, aber auch solche unter den Nichtgewerbetreibenden auftretende Affektionen, welche Gewerbetreibende mit besonderer Regelmäßigkeit befallen,*²⁹

wie Teleky bereits 1908 im Zusammenhang mit der Reform der österreichischen Arbeiterversicherung betont hatte.

Eine solche Definition ging über ein enges monokausales Ursache-Wirkung-Verständnis hinaus, das sich vor allem an den gewerblichen Vergiftungen orientierte und im Zuge der Dominanz des versicherungsrechtlichen Diskurses in der *Berufskrankheitenverordnung* durchsetzen konnte³⁰, und erforderte zur Erkennung jener „besonderen Regelmäßigkeiten“ Daten, die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken mit den Arbeitsverhältnissen und –bedingungen der Bevölkerung verknüpften.

Bei der Wichtigkeit, die Ludwig Teleky der Epidemiologie in seinem Konzept der sozialen Medizin gab³¹, ist es verständlich, dass er versuchte, einen Weg zu finden, die Daten der Krankenkassen über Krankheitsfälle der Versicherten für die Gewerbehygiene fruchtbar zu machen.

Dazu suchte er sofort nach Beginn seiner Arbeit als Landesgewerbearzt im Rheinland das Gespräch mit den Vertretern der größten Krankenkassen³², initiierte mit Unterstützung des Regierungspräsidenten in Düsseldorf eine Versammlung mit Vertretern der Spitzenverbände und der 50 größten Kassen des Bezirks und erarbeitete im Arbeitsausschuss dieser Ver-

27 Dieses Handbuch gab Teleky gemeinsam mit Adolf Gottstein und Alfred Schlossmann von 1925 bis 1927 in sechs Bänden im Julius Springer Verlag heraus. Gottstein, Adolf, Alfred Schlossmann und Ludwig Teleky (Hrsg.): Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge. Berlin 1925-27.

28 Teleky, Ludwig: Gewerbehygienisches Arbeiten und Forschen. In: Gottstein/Schlossmann/Teleky, Handbuch Band 2, 1925, S. 5.

29 Teleky, Ludwig: Einige Bemerkungen zur Reform der Arbeiterversicherung. Wiener Klinische Wochenschrift 21 (1908), 1635-1638, hier 1635. [Hervorhebung A.W.]; vgl. dazu auch Milles, Dietrich: Ludwig Teleky und die Soziale Medizin. In: Milles, Dietrich und Norbert Schmacke (Hrsg.): Ludwig Teleky und die West-deutsche Sozialhygienische Akademie. Arbeiten für eine soziale Medizin (1903-1939) (= Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Band 20). Düsseldorf 1999, S. 23f.

30 Vgl. auch Milles, Dietrich: Zur Dethematisierung arbeitsbedingter Erkrankungen durch die Gutachtermedizin in der Geschichte der Sozialversicherung. In: Müller/Milles, Beiträge, S. 534-550, hier S. 539.

31 Vgl. Teleky, Ludwig: Vorlesungen über soziale Medizin. 1. Teil: Die medizinalstatistischen Grundlagen. Jena 1914, passim.

32 In seinem Jahresbericht 1921/22 erwähnte Teleky seine Vorträge über Krankenkassenstatistik auf der Jahresversammlung des Provinzialverbandes deutscher Krankenkassen und bei einer Versammlung der Geschäftsführer der rheinisch-westfälischen Betriebskrankenkassen. Teleky, Jahresbericht Düsseldorf 1921/22, S. 392.

sammlung mithilfe weiterer Experten³³ innerhalb von Jahresfrist die *Grundsätze für eine einheitliche Statistik bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen und den Landkrankenkassen der Rheinprovinz*.

Das Ergebnis war ein typisches Beispiel Telekyschen Pragmatismus auf hohem Reflektionsniveau:

Allen Beteiligten war von vornherein klar, da man einen Mittelweg zwischen dem theoretisch Wünschenswerten und dem praktisch Möglichen suchen müsse, daß, wie es in der Einleitung zu den „Grundzügen“ heißt, es die schwierige Aufgabe ist, die Grundlage für eine Statistik zu schaffen, die einerseits so reichhaltig in Erfassung und Verarbeitung ist, daß sie die Zwecke einer Krankheitsstatistik (Fingerzeige zu geben für Hebung der Volksgesundheit, insbesondere durch Besserung von Berufs- und Betriebsverhältnissen) zu fördern imstande ist, die sich aber andererseits so einfach gewinnen lassen muß, daß ihre Gewinnung den Kassen ohne erhebliche finanzielle Aufwendungen und ohne sonstige Schwierigkeiten möglich ist.³⁴

Neben der Erarbeitung der entsprechenden einheitlichen Formulare und Betriebs- und Krankheitsverzeichnisse, mit denen die Krankenkassen die Dokumentation führen sollten, betrieb der Arbeitsausschuss das nötige Lobbying bei den Ärzteverbänden und den Versicherungsämtern für die verbandslosen Krankenkassen³⁵, so dass sich bereits 1922 99 Krankenkassen mit zusammen 630.000 Mitgliedern an der Krankenkassenstatistik der rheinischen Krankenkassen beteiligten.³⁶

Trotz der im Rheinland erfolgreich eingeführten Schemata gab es zahlreiche Vorbehalte gegen diese Neuerungen. Telekys hartnäckiges Werben hatte allerdings auch noch in den letzten Jahren der Weimarer Republik seine Erfolge, so konnte er etwa mit dem seinem Modell skeptisch gegenüberstehenden Medizinalstatistiker der Berliner AOK, Pryll, eine Einigung erzielen, die die Daten dieser größten deutschen Krankenkasse mit dem „Rheinischen Schema“ kompatibel machte³⁷.

In der Praxis scheiterte diese Vereinbarung allerdings an zunehmenden finanziellen Problemen während der Wirtschaftskrise – sowohl 1931 und 1932 berichteten die Gewerbeärzte erneut über die mangelnde Bereitschaft weiterer Krankenkassen, ihre Dokumentation auf das „Rheinische Schema“ umzustellen, jeweils mit dem Argument finanzieller Sachzwänge.³⁸

33 Teleky erwähnte namentlich den Leiter des statistischen Amtes der Stadt Düsseldorf, Dr. Schoppen, und den Geschäftsführer des Landesberufsamtes, Sedelmeyer: Teleky, Ludwig: Versuch einer einheitlichen Krankheitsstatistik in der Rheinprovinz. Zentralblatt für Gewerbehygiene 10 (1922), 149-154, hier 149.

34 Teleky, Versuch, S. 149f.

35 Vgl. Teleky, Ludwig: Versuch einer einheitlichen Krankheitsstatistik in der Rheinprovinz. Zentralblatt für Gewerbehygiene 10 (1922), 149-154, hier 153.

36 Vgl. Teleky, Ludwig: Jahresbericht Düsseldorf für das Jahr 1924. In: Beyer, Gewerbeaufsicht, S. 515.

37 Vgl. Beyer, Alfred und Hermann Gerbis: Jahresbericht über die Tätigkeit der preußischen Gewerbemedizinalräte während des Kalenderjahres 1930. Im Auftrage des Herrn Ministers für Volkswohlfahrt. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung Berlin 39 (1932), S. 262.

38 Vgl. Beyer/Gerbis, Jahresbericht 1930, 179-472, hier 107; Hesse, Erich und Hermann Gerbis: Jahresbericht über die Tätigkeit der preußischen Gewerbemedizinalräte während des Kalenderjahres 1932. Im Auftrage des Preußischen Ministers des Innern. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung Berlin 31 (1933), 359-600, hier 441; ab 1933 taucht die Krankenkassenstatistik zeitgleich mit der Entlassung und Vertreibung des Initiators Teleky nicht mehr in den Jahresberichten der preußischen Gewerbemedizinalräten auf.

Die ersten verwertbaren Ergebnisse referierte Teleky ausführlich und zeigte auch deren Begrenzungen auf:

Ließen sich mit den Krankenkassenstatistiken vor allem Tendenzen gesundheitsschädlicher Arbeitsbedingungen feststellen - Teleky benannte als besonders gesundheitsgefährdete Arbeiter die Bau-, Metall-, und Holzarbeiter, bei denen nicht nur die Unfallhäufigkeit hoch sei, sondern auch spezifische Erkrankungen (Tuberkulose) besonders häufig aufträten³⁹ -, erforderten die so festgestellten Gesundheitsprobleme eine eingehendere Untersuchung der konkreten Arbeitsbedingungen:

*Zugleich aber zeigt unsere Darstellung, daß eine solche Statistik uns nur Hinweise vermitteln, nur auf Besonderheiten aufmerksam machen kann. Genaue Erkenntnis der beruflichen Gesundheitsverhältnisse können wir nur durch eingehende Sonderforschung über einzelne Berufe mit Berücksichtigung aller, der Berufsauslese und der wirtschaftlichen Verhältnisse verschaffen.*⁴⁰

Solche Detailuntersuchungen von Teleky fanden besonders im Zusammenhang mit sozialpolitischen Diskussionen in der Weimarer Republik, insbesondere der Einführung einer Entschädigung von chronischen Berufskrankheiten statt.

Mit der Vertreibung Telekys ging allerdings auch diese systematische Nutzbarmachung der Krankenkassenstatistiken für die Gewerbehygiene wieder verloren, so dass sie Rainer Müller noch Anfang der 80er Jahre für Deutschland als „Idee, die bis heute ein Wunschtraum gebliebenes Projekt ist“⁴¹ bezeichnete.

Die gewerbeärztlichen Sprechstunden der Landesgewerbeärzte

Abschließend sei noch die wesentliche Veränderung in der Arbeitsweise der Landesgewerbeärzte, die sich durch ihre Integration in das Sozialversicherungssystem ergab, an der veränderten Funktion der gewerbeärztlichen Sprechstunden in den Zeiten der sich rasch verschärfenden ökonomischen Depression ab 1929 verdeutlicht.

Zu Beginn des gewerbeärztlichen Dienstes in Preußen waren die gewerbemedizinischen Sprechstunden, die alle Gewerbeärzte anboten, für sie eine bevorzugte Quelle von Informationen über gesundheitsschädliche Arbeitsbedingungen, denen sie dann durch Betriebsbesichtigungen nachgehen konnten.

Gewerkschaften und Betriebsräte schickten Kranke in die Sprechstunden zu Teleky, die dieser einmal wöchentlich in Düsseldorf und zusätzlich einmal monatlich in Köln abhielt.⁴² Auch seine Kollegen hielten diese Sprechstunden ab.

Mit der einsetzenden wirtschaftlichen Krise Ende der 20er Jahre wurden diese Sprechstunden allerdings immer mehr zu Anlaufstellen von Hilfesuchenden in Entschädigungs- und Rentenverfahren.

Die Landesgewerbeärzte wurden zu „gate-keepern“ für die Entscheidung zwischen erfolgversprechenden bzw. hoffnungslosen Rentenanträgen, wie der folgende Kommentar von Teleky deutlich macht:

39 Vgl. Beyer, Alfred und Hermann Gerbis: Jahresbericht über die Tätigkeit der preußischen Gewerbemedizinalräte während des Kalenderjahres 1929. Im Auftrage des Herrn Ministers für Volkswohlfahrt. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung Berlin 33 (1930), 157-428, hier 238.

40 Beyer/Gerbis, Jahresbericht 1929, S. 238 (Teleky).

41 Müller, Rainer: Die Verhinderung einer Gewerbemedizinalstatistik in Deutschland. Zur Geschichte der Berichterstattung über die industrielle Pathologie. In: Müller/Milles, Beiträge, S. 50-82, hier S. 72.

42 Vgl. Teleky, Jahresbericht Düsseldorf 1921/22, S. 392f.

Wegen Betriebsstillegungen kommen mehr Leute wegen Rentenangelegenheiten in die Sprechstunden als wegen Betriebsschäden. Der Fortfall der kleinen Renten, die lange Arbeitslosigkeit und mit ihr die völlige Aussichtslosigkeit, überhaupt niemals wieder ins Wirtschaftsleben eingeschaltet zu werden, veranlaßt viele ältere Personen, Invalidenrenten anzustreben oder früher bezogene Renten wieder aufleben zu lassen. Nicht immer ist es leicht, den Leuten die Aussichtslosigkeit ihrer hierauf gerichteten Bemühungen klarzumachen.⁴³

Charakteristisch war der Versuch der Gewerbeärzte, diese Entscheidungen zu rationalisieren und ihre Sachkompetenz wissenschaftlich-neutral einzusetzen, wie es Erika Rosenthal-Deussen beschrieb:

Zwei charakteristische Typen von Arbeitern sieht man in den Sprechstunden und Betrieben: den dissimulierenden Arbeiter, der aus Angst, seine Arbeitsstelle zu verlieren, um keinen Preis zugeben will, daß er sich krank fühlt und der entlassene Arbeiter, der zu Hause sitzt und dem kleine Beschwerden in seiner unfreiwilligen Muße groß erscheinen und der nun versucht, seine frühere Arbeit für die Beschwerden verantwortlich zu machen. Mehr denn je bedarf es jetzt des Gewerbearztes, der über Betriebskenntnisse und genaue Kenntnisse der gewerblichen Krankheiten verfügt, damit diese häufig sehr unklaren Fälle richtig beurteilt werden⁴⁴

Diese Tendenz zu einer wissenschaftlichen Objektivität und Neutralität findet sich vor allem auch in der Bestimmung von Telekys eigener Arbeit, bei der deutlich wird, dass er auch einem Konzept vermittelnder sozialer Ausgleichspraxis zur Wahrung der „Volksgesundheit“ nahe stand:

Zu diesen, in der Sache selbst begründeten Schwierigkeiten⁴⁵ kommt als erschwerend noch der Umstand, daß die Gewerbehygiene ihrer Aufgabe, Wahrerin der Volksgesundheit zu sein, mehr als irgend ein anderer Zweig der Hygiene inmitten der Klassengegensätze zu erfüllen hat. Sind Organisationen der Arbeiter geneigt, den ungünstigen Einflüssen des Berufs auf die Gesundheit große Bedeutung beizumessen [...] so suchen auf der anderen Seite Unternehmerorganisationen und häufig einzelne Unternehmer die Berufseinflüsse als geringfügig darzustellen, sie mehr oder weniger in Abrede zu stellen [...] Selbstverständlich und bindende Regel sollte es sein, daß ein wissenschaftlich Arbeitender gewerbehygienische Untersuchungen, deren Ergebnis von größter wissenschaftlicher Bedeutung sein kann, nicht im Auftrag und auf Kosten der an dem Ergebnis wirtschaftlich unmittelbar interessierten Seite ausführen darf, weil unter solchen Umständen die innere Unabhängigkeit des Forschenden gefährdet ist und weil auch selbst der Anschein der Voreingenommenheit vermieden werden muß.⁴⁶

Den unbequemen Platz inmitten der gesellschaftlichen Konflikte verließ Teleky jedoch erst gezwungenermaßen mit seiner Entlassung nach dem Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums, dass den streitbaren Sozial- und Gewerbemediziner aus dem nationalsozialistischen Deutschland vertrieb.

43 Beyer/Gerbis, Jahresbericht 1931 S. 107 (Teleky).

44 Beyer/Gerbis, Jahresbericht 1931 S. 72 (Rosenthal-Deussen).

45 Als spezifische Schwierigkeiten der gewerbehygienischen Forschung nannte Teleky: Schwierigkeiten experimenteller, besonders tierexperimenteller Forschung wegen der oft langjährigen Dauer des Schädigungsverlaufs; Schwierigkeiten der Datenerhebung bei notwendiger Massenbeobachtung, Überlagerung der Berufseinflüsse durch die soziale Lage, Berufsauslese und Berufswechsel; rascher technologischer Wandel der Produktionsbedingungen; Teleky, Arbeiten 1925, S. 2.

46 Teleky, Arbeiten 1925 S. 2.

An diesen Platz inmitten der gesellschaftlichen Auseinandersetzungen muss sich auch eine Sozialmedizin begeben, die sich um Konzepte zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage benachteiligter Gruppen in der Gesellschaft bemüht – bei gleichzeitiger Reflexion ihres Eingebundenseins in eine soziale Ausgleichs- und Entschädigungspraxis, wie sie auch - wie beschrieben für die Gewerbehygiene - in ihrer historischen Entwicklung charakteristisch war und nach wie vor für die Arbeitsmedizin ist.

Anschrift:

Andreas Wulf
medico international
Obermainanlage 7

60314 Frankfurt/Main
e-mail: medico.wulf@t-online.de

SIGRID STÖCKEL UND MARIO HEIDLER

Medizin als Sozialtechnologie

Die Rolle des Haus- und Betriebsarztes in der nationalsozialistischen Gesundheitsführung*

Die nationalsozialistische Gesundheitsführung wird in der Forschung wahrgenommen als Anleitung bzw. Zwang zur Leistungssteigerung. Sie steht sowohl im Kontext der nationalsozialistischen Rassenpolitik, die von den Hauptprotagonisten der Gesundheitsführung unterstützt wurde¹, als auch der Begrenzung medizinischer Versorgung auf Leistungsfähige². Gleichzeitig gehört das Bemühen um „Gesundheitsführung“ zu der nationalsozialistischen Utopie von Leistungssteigerung und „Wiedererneuerungsfähigkeit“.³ Ebenso war die Konzeption und Durchführung von Gesundheitsführung ein zentraler Kampfplatz verschiedener Interessengruppen (z.B. Deutsche Arbeitsfront (DAF); Arbeitsministerium, Krankenkassen) bei dem geplanten Umbau der Gesellschaft.⁴

Unser Anliegen ist es, das Konzept „Gesundheitsführung“ als Versuch einer Organisations-Utopie zu analysieren, mit deren Hilfe nicht nur Gesundheit erhalten, sondern auch gesellschaftliche Konflikte entschärft werden sollten. Das gesamte Konstrukt sowie die Rolle, die der Medizin dabei zugedacht wird, entspricht nationalsozialistischer Ideologie, steht aber auch für einen „Lösungsversuch“ rationaler, durchgeplanter Gesellschaften und spiegelt Herrschafts- und Funktionszusammenhänge der Moderne.

Gesundheitsführung sollte die Gesundheitsfürsorge der Weimarer „Systemzeit“ ablösen. Im Gegensatz zu Sozialhygiene und Public Health war sie nicht auf die gesamte Bevölkerung, sondern lediglich auf die Gesundheit der „Volksgenossen“ bezogen. Das formulierte Ideal lässt sich also nur bedingt gesamtgesellschaftlichen Regelungssettings zuordnen. Dennoch liegt ein Gesundheitsbegriff zugrunde, der auf eine „Allgemeinheit“ bezogen und kollektiv vermittelt ist. Gesundheit fungiert auch hier als Ordnungsbegriff von und für Gesellschaft – „von“, weil er die sozialen Vorstellungen von Körper, Ich, Gemeinschaft formt; „für“, weil Gesundheit immer ziel- und zweckgerichtet ist und für einen weiteren individuellen wie sozialen Nutzen funktionalisiert wird.⁵

Als Beziehungsebenen und Kontrollbereiche sind folgende elementare Ebenen auszumachen:

* Wir danken Caroline Flick für Diskussion und stilistische Anmerkungen.

- 1 Kater, Michael: Die Gesundheitsführung im Nationalsozialismus. *Medizinhistorisches Journal* 18 (1983), 349-374, hier 349f.; Knödler, Ulrich: Von der Reform zum Raubbau. In: Norbert Frei (Hrsg.): *Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit*. München 1991, S. 113-136. Reichsärztführer Gerhard Wagner war Angehöriger des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP und beteiligt an der Formulierung der Nürnberger Gesetze zur Judenverfolgung. Sein Stellvertreter Bartels vertrat im Sachverständigenbeirat für Volksgesundheit eine unbedingte Rassentrennung und betrachtete Erbbiologie und Rassenhygiene als Elemente der Volksgesundheit. Vgl. Zunke, Peter: *Der erste Reichsärztführer Dr. med. Gerhard Wagner*. Diss. med. Kiel 1972, S. 26f., 61-70.
- 2 Roth, Karl-Heinz: Leistungsmedizin und Vernichtung. In: Kaupen-Haas, Heidrun und Christiane Rothmaler (Hrsg.): *Strategien der Gesundheitsökonomie*. Frankfurt/M. 1998, S. 177-197.
- 3 Kater ordnet dieses Phänomen dem „ursprünglich revolutionären Elan der Bewegung“ zu. Vgl. Kater, *Gesundheitsführung*, S. 372.
- 4 Roth, Karl-Heinz: *Public Health – Nazi Style*. Der Wandel von Herrschaftsstrategien und Klassenverhältnissen im Spiegel der gesundheitspolitischen Reorganisationsvorstellungen der Deutschen Arbeitsfront (1935-1944). In: Kaupen-Haas/Rothmaler, *Strategien*, S. 131-176.
- 5 Labisch, Alfons: *Homo hygienicus*. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt/M. 1992, S. 258-261.

Mensch - Natur	Mensch - Mensch	Ich - Selbst
(Biologie)	(Gesellschaft)	(Psyche)

Der Terminus Gesundheitsführung bezieht sich – anders als Sozialhygiene und Medizin – dabei nicht nur auf die Ebenen „Mensch – Natur“ sowie „Mensch – Mensch“, sondern zielt mittels „Führung“ vor allem auf ein neues Verhältnis von „Ich und Selbst“.⁶

Im Folgenden soll untersucht werden, wieweit dieser Ansatz in Planungswünsche und Effektivierungsbestrebungen industrialisierter Gesellschaften eingebunden ist. Welche Lösungsansätze für die Verschränkung von Gesundheit und gesellschaftlicher Entwicklung wurden konzipiert und welche Position nehmen die Medizin respektive ihre ärztlichen Protagonisten dabei ein?

Material und Untersuchungszeitraum

Gegenstand unserer Analyse sind die ersten Hefte der Zeitschrift *Die Gesundheitsführung des deutschen Volkes*, die unter der Herausgeberschaft des Reichsärztesführers Gerhard Wagner sowie seines Stellvertreters Friedrich Bartels in zwei Heften im Januar und April 1939 erschien, sowie die ab Oktober 1939 mit dem Organ des NSDÄB (*Ziel und Weg*) vereinigte Zeitschrift, die von da an *Gesundheitsführung: Ziel und Weg* hieß.

Als zentrales Motiv nationalsozialistischer Gesundheitsideologie gehörte die Gesundheitsführung in den Aufgabenbereich des Reichsärztesführers. Wagner war nicht nur Leiter der ärztlichen Spitzenverbände, sondern auch des Amtes bzw. ab 1935 des Hauptamtes für Volksgesundheit⁷ sowie „Beauftragter des Führers für Fragen der Volksgesundheit“.⁸ Soweit es sich dabei um Gesundheitsführung handelte, vertrat ihn Bartels als persönlicher Berichterstatter für Hess und Hitler. Wagner übertrug Bartels, mit dem er bereits seit 1932 eng zusammenarbeitete, inoffiziell die Leitung des Amtes für Volksgesundheit der DAF. Friedrich Bartels scheint die treibende Kraft für das Konzept der Gesundheitsführung gewesen zu sein. Bereits 1928 hatte er die sozialhygienische Gesundheitsfürsorge durch sie ersetzen wollen.⁹ Seit 1923 war er in verschiedenen Gesundheitsämtern tätig gewesen¹⁰, ab 1927 Mitglied der Gesellschaft für deutsche Wirtschafts- und Sozialpolitik, deren Zweck die wissenschaftliche Begründung der „Interessensolidarität der Unternehmer und Arbeiter“ war. Er berichtete der Gesellschaft über Leibesübungen zur Leistungssteigerung sowie über psy-

6 In der Forschung wurde dieser Aspekt besonders von Roelcke mit seinen Arbeiten zur Thematisierung von Zivilisationskrankheiten im NS heraus gearbeitet. Roelcke, Volker: „Zivilisationsschäden am Menschen“ und ihre Behandlung: Das Projekt einer „seelischen Gesundheitsführung“ im Nationalsozialismus. *Medizinhistorisches Journal* 31 (1996), 3-48.

7 Wagner begründete 1929 den NSDÄB, dem er seit 1932 vorstand. 1933 wurde er Vorsitzender der ärztlichen Spitzenverbände und seit 1935 Reichsärztesführer und Leiter der Reichsärztekammer. Zunke, Reichsärztesführer, S. 27.

8 Rimmele, Eva: Wagner, Gerhard, Reichsärztesführer. In: Weiß, Hermann (Hrsg.): *Biographisches Lexikon zum Dritten Reich*. Frankfurt/M. 1998, S. 472. Als persönlicher Arzt des Führer-Stellvertreters Rudolf Hess hatte er zudem Zugang zur oberen Machtebene. Vgl. Labisch, Alfons und Florian Tennstedt, *Der Weg zum Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens*, Band 2. Düsseldorf 1986, S. 509; im folgenden abgekürzt GVG.

9 Reeg, Karl-Peter: Friedrich Georg Christian Bartels (1892-1968). (= *Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*, Heft 56). Husum 1986, S. 150-152.

10 Volontärarzt in Dortmund, 1923 Kreiskommunalarzt in Lennep, 1926/27 bis 1933 Jugendarzt und Leitung des GA Eisenach, vgl. GVG 2, S. 378.

chotechnische Methoden in Eignungstesten zur Berufswahl, die er durch erb- und rassenhygienische Untersuchungen ergänzt sehen wollte. Von 1928 bis 1933 arbeitete er als Werksarzt bei BMW. Leistungssteigerung durch Training und die Motivierung der Arbeiter schienen ihm vordringliche Aufgaben der Gesundheitsführung, ergänzt durch eine ausgedehnte Kontrolltätigkeit der Ärzte angesichts des hohen Krankenstandes.¹¹

Von Bartels und Wagner war die Initiative für die Gründung einer Zeitschrift ausgegangen. Sie hatten bereits Ende 1937 einen Vertrag mit dem JF Lehmanns-Verlag abgeschlossen, *Die Gesundheitsführung des deutschen Volkes* herauszugeben, in der sie ihr Anliegen verbreiten und einem Expertenpublikum nahebringen wollten.¹² Das erste Heft erschien unter Bartels Herausgeberschaft im Januar 1939. Als der Reichsärztführer im März desselben Jahres starb, befand sich Bartels jedoch im Konflikt mit Leonardo Conti sowie in einer Kontroverse mit dem Berliner Professor für Berufskrankheiten, Ernst W. Baader. Nachdem Conti im April zum Reichsärztführer ernannt worden war, ignorierte er Bartels und machte Kurt Blome zu seinem Stellvertreter. Bartels Versuche, den Leiter der DAF, Robert Ley, gegen Conti einzunehmen, schlugen fehl. Im Mai 1939 wurde Bartels aller Dienstgeschäfte enthoben und ehrengerichtlich belangt. Während der Arbeiten am 3. Heft der *Gesundheitsführung* kündigte ihm der Lehmanns-Verlag im Juli 1939 die Herausgeberschaft unter dem Hinweis auf „höhere Gewalt“. Im März 1940 meldete sich Bartels zum Militär und schied damit endgültig aus der gesundheitspolitischen Arbeit aus.¹³

Im Oktober 1939 erschien Heft 1 der mit dem 1931 gegründeten Organ des NSDÄB, *Ziel und Weg* zusammengelegten neuen Zeitschrift unter der Herausgeberschaft von Conti und seinem Stellvertreter Blome als Hauptschriftleiter. Zunächst zu den beiden ersten Heften der *Gesundheitsführung*, die unter der Herausgeberschaft von Bartels und Wagner deutlich vor Kriegsbeginn erschien.

Die Gesundheitsführung des deutschen Volkes (Heft 1 und 2)

Wie alle wissenschaftlichen Zeitschriften des JF Lehmanns-Verlages war die Zeitschrift nicht mit „deutschen“ Lettern gesetzt, sondern im Times-Zeitungsdruck. Sie sollte also eine wissenschaftliche Bedeutung und internationale Verbreitung erhalten. Das Nachfolge-Organ erschien dagegen - wie das NSDÄB Organ *Ziel und Weg* - in Fraktur.

Auffällig sind weiterhin die zahlreichen Mitarbeiter aus der Großindustrie. Das prominenteste Mitglied im fünfköpfigen Herausgeberbeirat der Zeitschrift war „Prof. Dr. Ing. e.h.“ Arnhold, der Vorsitzende des Ende 1925 vom Verein deutscher Eisenhüttenleute gegründeten Deutschen Instituts für technische Arbeitsschulung (DINTA), das im Juli 1933 in die DAF eingliedert und ab 1935 als Amt für Berufserziehung und Betriebsführung unter Arnholds Leitung weitergeführt wurde.¹⁴

Zentraler Bezugspunkt nahezu aller Themen war erwartungsgemäß Leistung. In seinem Leitartikel „Leistungsanlage, Leistungsbereitschaft und Leistungsbeanspruchung“ stellte Bartels aber nicht die Produktivität und den Nutzen für die Gemeinschaft in den Mittelpunkt, sondern den „Menschen als Träger jedes Gestaltens und Schaffens“. Seine Leistung sei nicht nur für die Gemeinschaft, sondern vor allem für ihn selbst von höchster Relevanz. Sofern es gelänge, jedem Menschen den Arbeitsplatz zuzuweisen, an dem er seine Fähigkeit mit größtmöglichem Erfolg einbringen könne, sei sowohl für das Selbstwertgefühl wie

11 Reeg, Bartels, S. 19-22. Zusätzlich gab Bartels die „Gesundheitswacht“ heraus, vgl. S. 26-34.

12 GVG II, S. 379.

13 GVG II, S. 379.

14 Geuter, Ulfried: Das Institut für Arbeitspsychologie und Arbeitspädagogik der Deutschen Arbeitsfront - eine Forschungsnotiz. In: 1999: Zeitschrift für Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts. Band 2 (1987), 87-95, hier 89.

auch für das Volksvermögen das Optimum erreicht.¹⁵ In der Verfolgung dieses Ziels seien sowohl zu geringe Beanspruchung wie auch Überbeanspruchung auszuschließen. Das impliziere die Pflicht, eine bestimmte Lebenshaltung zu befolgen und die Leistungsbereitschaft auf der Grundlage der Anlage zu kultivieren. Es sei Sache der Ärzte, insbesondere der Hausärzte, aus der Beobachtung der Familie die Anlagen zu erkennen und damit die Grundlage für eine Erziehung zur Leistung vorzugeben.¹⁶ Die Hausärzte seien weiterhin gefordert, um ein Nachlassen der Leistungsbereitschaft als Zeichen für funktionelle Störungen frühestmöglich zu erkennen. Blieben derartige Störungen unerkannt, könnten sie in pathologische Erscheinungen umschlagen. Bartels rief zur Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsarzt auf, mit der eine „Totalität des Wissens“ entstehen solle, „um etwas wirklich Gutes zu leisten“¹⁷. Zusätzlich zu den Betriebsärzten sollten „Gesundheitstrupps“ eingesetzt werden – Kollegen, die in Gesundheitsführung geschult waren und ein Nachlassen der Leistung als Hinweis für eine Störung im privaten oder betrieblichem Bereich wahrnahmen und dem Betriebsarzt meldeten. Dieser sollte dann entsprechende Maßnahmen zu ihrer Beseitigung einleiten.

Obwohl hier ein Höchstmaß an Kontrolle propagiert und ein Nachlassen der Leistungsbereitschaft als präpathologischer Zustand gewertet wird, beeindruckt das vorgestellte Setting: Arbeit solle zum Wohle des Arbeiters eingesetzt werden; er sei vor Schaden durch Arbeit ebenso zu bewahren wie vor Schaden durch Arbeitslosigkeit, vor Schaden durch andere wie vor Schaden durch sich selbst. Zwischen den (arbeitenden) Menschen und die bedrohliche Realität tritt eine Gesundheitsführung, die jeder Schädigung vorbeugt und deren Träger Ärzte sind.

Sie sind nicht nur verantwortlich für „Berufsauslese und Eignungsuntersuchung“, mit deren Hilfe jeder Arbeitsplatz von einem geeigneten Kandidaten besetzt werden sollte, sondern ihre Expertise ist auch vonnöten, um die Belastung des Einzelnen festzulegen und auf das Betriebsklima insgesamt einzuwirken.¹⁸ Damit würden Ärzte als Vertreter von Arbeiterinteressen in den Betriebsablauf eingreifen und an die Stelle der Gewerkschaft treten – ein klarer Bruch mit der „Systemzeit“ der zwanziger Jahre. Die Texte fordern Verständnis für Probleme und den Einsatz für Konfliktlösungen. Ärzte sollten per Beurteilung der Belastungsfähigkeit aber nicht nur zur „Schaltstelle“ zwischen dem Individuum und der geforderten Arbeit und durch Beurteilung und Verbesserung des Betriebsklimas zum Mittler zwischen dem Individuum und der Produktionsgemeinschaft werden, sondern letztendlich durch Anleitung zu leistungsgerechtem Verhalten auch zwischen dem Individuum und seinem eigenen Körper. Bartels' Eintreten für ein kombiniertes Konzept für den Haus- und Betriebsarzt und die freie Arztwahl¹⁹ zeigt, dass er darin keine Gefahr für einen reibungslosen Produktionsablauf sah.

Die Artikel propagieren eine Arbeitsgestaltung, die Erkrankungen vorbeugt und insbesondere Jugendliche vor Überlastungen schützt.²⁰ Die Balance von Leistungsfähigkeit und

15 Bartels, Leistungsanlage, Leistungsbereitschaft und Leistungsbeanspruchung. Gesundheitsführung des deutschen Volkes Heft 1 (1939), 1-8, hier 1f.

16 Bartels, Leistungsanlage, S. 4.

17 Bartels, Leistungsanlage, S. 6. Zu dem idealen Arztbild vgl. unter der Rubrik „Weisheit der Alten“ das Nietzsche-Zitat in *Gesundheitsführung* Heft 2 (1939), 73: „Weisheit Nietzsches aus seinen Werken. Die Zukunft des Arztes“: nicht mehr die reine Sachkenntnis, sondern „eine Beredsamkeit, die sich jedem Individuum anpasst und ihm das Herz aus dem Leibe zieht; eine Männlichkeit, deren Anblick schon den Kleinmut (den Wurmfraß aller Kranken) verscheucht [...]“

18 Nur Arnhold betont in seinem Beitrag, „Schädlinge“ sollten die Leistungsfähigkeit des Betriebs nicht beeinträchtigen, und verweist damit indirekt auf die Definitionsmacht der Ärzte. Vgl. Arnhold, Carl: Arbeitsgestaltung und Gesundheitsführung. Gesundheitsführung des deutschen Volkes Heft 1 (1939), 26-28.

19 Vgl. Rubrik „Fragekasten“ in *Gesundheitsführung des deutschen Volkes* Heft 2 (1939).

20 Arnhold, Arbeitsgestaltung, 26-28.

Leistungsbeanspruchung²¹ ist zentrales Thema. Generell wird die Verhinderung von arbeitsbedingten „Frühschäden“ - „vorzeitiger“ Erkrankungen durch einseitige Belastung im Arbeitsprozess - durch Leibesübungen empfohlen.²² Gefordert wird eine vorsichtige Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess nach einer Erkrankung²³ und keinesfalls eine bedingungslose Leistungssteigerung.

Ein weiteres Thema sind Arbeitsschutzmaßnahmen, insbesondere die Einrichtung gesundheitlich optimaler Arbeitsplätze, die detailliert beschrieben werden, aber nicht über die bekannten Schutzmaßnahmen hinausgehen.

Ungewöhnlicher ist der Beitrag des Entwicklungspsychologen Oswald Kroh, der dazu aufruft, Kindern und Heranwachsenden mehr Raum für ihre selbstständige Entwicklung zu lassen, die durch das Erbgut bereits vorgegeben sei und nur Möglichkeiten zu ihrer Entfaltung brauche²⁴. Auch Bartels warnt in seinem Leitartikel „Leistungsanlage, Leistungsbereitschaft und Leistungsbeanspruchung“ vor „erzieherischem Dressurzwang“, der die Reaktionsbreite des Kindes einenge.²⁵ Die beiden ersten Hefte enthalten im Gegensatz zu sonstigen Äußerungen von Wagner und Bartels überraschenderweise Textstellen, in denen es um die „Entfaltung der Persönlichkeit“ geht.

Die Gesundheitsführung des deutschen Volkes: Ziel und Weg (1939/40)

Die von Conti und Blome herausgegebene „Gesundheitsführung: Ziel und Weg“ des Hauptamtes für Volksgesundheit der NSDAP, des Sachverständigenbeirates und des NSDÄB befand sich Ende 1939 ebenfalls noch in ihrer Konzeptionsphase. Mit Beginn des Krieges wurden die Arbeitsschutzbestimmungen stark eingeschränkt²⁶, ein völliger Leistungsdruck bestand 1939 jedoch noch nicht.

Heft 1 beginnt mit einem ideologisch-programmatischen Leitartikel von Conti zum Thema „Volksgesundheit – Volksschicksal“. Das Grundproblem der Verhinderung von „Anbrüchigkeit“ und „Leistungsknick“²⁷, das Bartels mit dem in der ursprünglichen Zeitschrift diskutierten Haus- und Betriebsarztkonzept lösen wollte, wird bei Conti lediglich mit der Anleitung zu einem gesunden Leben angegangen und damit zu Prävention durch Diätetik aufgerufen.

Der Artikel des Reichsamtsleiters Dr. Heinrich Grote über „Reichsgesundheitsführung und Reichsversicherung“²⁸ ist dagegen ein Beitrag zur Koordination der Träger und Funktionen

21 Zum Beispiel bei der Belastung der Augen, vgl. Dr. Wiedersheim, Augenärztliches zur Frage der Betriebsuntersuchungen und Gesundheitsführung in den Betrieben. Gesundheitsführung des deutschen Volkes Heft 2 (1939), 34-46.

22 Dr. W. Knoll, Frühschaden, Leibesübungen, Arbeit. Gesundheitsführung des deutschen Volkes Heft 2 (1939), 1-15.

23 Dr. H. Bauer, Wiederherstellungsbehandlung, Gesundheitsführung des deutschen Volkes Heft 1 (1939), 9-19.

24 Kroh, Oswald: Gesundheitsführung in der Jugenderziehung. Gesundheitsführung des deutschen Volkes Heft 1 (1939), 20-25. Kroh (Jahrgang 1897) war 1938-42 Professor für Psychologie und Pädagogik in München mit besonderer Berücksichtigung der Heerespsychologie; 1940-45 Kommissarischer Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Vgl. Storm, Gudrun: Oswald Kroh und die nationalsozialistische Ideologisierung seiner Pädagogik. Braunschweig 1998, S. 25, 27.

25 Bartels, Leistungsanlage, S. 3.

26 Knödler, Raubbau, S. 114.

27 Das Nachlassen der Leistungsfähigkeit ab dem 40. Lebensjahr bei Männern, ab dem 30. bei Frauen.

28 Grote, Heinrich: Reichsgesundheitsführung und Reichsversicherung. Gesundheitsführung: Ziel und Weg Heft 3 (1939/40), S. 81-86.

des Gesundheitswesens zu einer harmonischen Zusammenarbeit. In diesem Sinne rief er dazu auf, den Konflikt zwischen Ärzten und Kassen zu beenden und in einen „Dienst am gemeinsamen Anliegen“ zu verwandeln.

Auch in der neuen Zeitschrift finden sich unerwartete Statements, so z.B. von Professor Günther Just, zu der Zeit Leiter der Erbwissenschaftlichen Forschungsstelle des Reichsgesundheitsamtes, zu der Frage „Ist Leistung erbbedingt?“. Just legt dar, dass Personen, die sich ihren Beruf selbst ausgesucht haben, erfolgreicher in ihm arbeiten - Bartels hatte 1927 hingegen festgestellt, der persönliche Berufswunsch sei für die Eignung und Leistung eher unbedeutend.²⁹

Über das eigentliche Thema der ersten beiden Hefte, das Betriebsarztwesen, wird zwar in Einzeldarstellungen berichtet - so über die vorbildlichen Einrichtungen bei BMW, wo eine Reihenuntersuchung durchgeführt und ein „Gesundungshaus“ eingerichtet wurde, in dem Arbeiter in einer Badeabteilung einen Masseur, eine Heilgymnastin, Sportlehrer sowie Untersuchungsräume und ein Labor vorfinden, so dass sie für ihre gesundheitlichen Belange den Betrieb nicht mehr verlassen müssen³⁰. Oder über die IG-Farben, wo eine obligatorische Zahnbehandlung bei Jugendlichen durchgeführt wird und „extrem Leistungswillige“, die sich übermäßig verausgaben, in eine 14tägige Kurz-Kur überwiesen werden³¹.

Aber es werden über den Betriebsarzt keine konzeptionellen Überlegungen angestellt. Die in Heft 1 der *Gesundheitsführung des deutschen Volkes* noch befürwortete „freie Arztwahl“ für Betriebsmitglieder ist nicht nur verschwunden, sondern diese Veränderung wird nicht einmal kommentiert. Das am 15.12.1939 für Betriebe mit Betriebsarztsystem erlassene Verbot privatärztlicher Atteste zur Arbeitsfähigkeit³² wird ebenfalls nicht genannt. Mit der Einführung von sogenannten „Revierärzten“ - Kassenärzten in Betriebsnähe - wurde im Juni 1940 begonnen. Seit Dezember 1942 wurde der Revierärztliche Dienst schließlich von Betriebsärzten übernommen. Die einzige Nachricht über Veränderungen war 1943 die Meldung, das ursprüngliche Konzept für den Betriebsarzt sei durch das Amt für Gesundheit und Volksschutz der DAF offiziell zurückgenommen. Betriebsärzten komme nicht länger eine spezifische Aufgabe als „oberster Gesundheitspfleger einer Arbeitsstätte“ zu.³³ Auch diese Nachricht bleibt unkommentiert.

Ergebnis

In der Forschung wurde sowohl die Erfolglosigkeit des Konzeptes hinsichtlich der Verbesserung der Volksgesundheit³⁴ als auch ihre Instrumentalisierung für kriegswirtschaftliche Zwecke herausgearbeitet. Karbe bezeichnet das System als „Werkzeug rücksichtsloser Kriegsführung an der ‚inneren Front‘“³⁵.

29 Just, Günter: Ist Leistung erbbedingt? *Gesundheitsführung: Ziel und Weg* Heft 6 (1940), 210-216. Reeg/Bartels, S. 21.

30 Ewerbeck, Betina: Der Gesundheitsdienst der Bayerischen Motorenwerke. *Gesundheitsführung: Ziel und Weg* Heft 6 (1940), 225-229.

31 Dr. Albrecht Weiss [Direktor IG Farben]: *Gesundheitsführung im Großbetrieb*. *Gesundheitsführung: Ziel und Weg* Heft 11 (1940), 421-424.

32 Karbe, Karl-Heinz: Das faschistische Betriebsarztsystem als Werkzeug rücksichtsloser Kriegführung an der „inneren Front“. In: *Der Arzt als Gesundheitsführer*. Frankfurt/M. 1991, S. 85-98, hier S. 88f.

33 Böttcher, P. G. [Osram]: Betriebsarzt und Kriegseinsatz. *Gesundheitsführung: Ziel und Weg* Heft 3 (1943), S. 150.

34 Kater, *Gesundheitsführung*, S. 370.

35 Karbe, Betriebsarztsystem; Wysocki, Gerd: Arbeit für den Krieg: Herrschaftsmechanismen in der Rüstungsindustrie des „Dritten Reiches“. Arbeitseinsatz, Sozialpolitik und staatspolizeiliche Repression bei den Reichswerken „Hermann Göring“ im Salzgitter-Gebiet 1937/38 bis 1945. Braun-

Übersehen wird dabei, dass das Betriebsarztsystem bis zum Kriegsbeginn noch nicht einmal als fest umrissenes Programm existierte. Insbesondere bezüglich der Behandlungskompetenz herrschte Unklarheit, zu der beschriebenen Kooperation zwischen Haus- und Betriebsarzt ist es nur in Ansätzen gekommen. Betriebsärzte waren ab Dezember 1942 allein für die gesundheitliche Versorgung der „Gefolgschaft“ zuständig, und das Betriebsarztsystem wurde endgültig zum Instrument der Leistungserzwingung, für das die Bartelssche Vorstellung von der optimalen Leistung die Grundlage bildete.³⁶ Umgesetzt wurde lediglich der Anspruch auf gesundheitliche Überwachung durch die Einführung eines Gesundheitspasses, der alle Diagnosen verzeichnete und Patienten hindern sollte, Ärzte nach eigener Wahl aufzusuchen.³⁷

Da Bartels' und Wagners Konzept kaum von seiner Umsetzung her beurteilt werden kann, ist eine nochmalige Auseinandersetzung mit dem ursprünglichen Modell nötig. Beide hatten eine Kombination von Haus- und Betriebsarzt vorgeschlagen und dafür mit folgenden Argumenten geworben:

- Arbeiter sollten nicht nur als Produktionsfaktoren wahrgenommen werden, sondern als Personen mit unterschiedlicher Konstitution und Vorlieben, die eine bestimmte Leistungsrichtung vorgaben. Das persönliche Leistungsprofil sollte ausgebaut werden.
- Mit der Versorgung durch Haus- und Betriebsarzt war die Möglichkeit einer weitgehenden medizinischen, vor allem aber sozialen Einflussnahme verbunden, die ein optimales Gesundheits- und Leistungsverhalten garantieren sollte.

Anders als Frederick Taylor (1856-1915), der eine Steigerung der Produktivität durch wissenschaftlich begründete Unterteilung der Arbeitsvorgänge einführte und nach Arbeitern suchte, die die erforderlichen Positionen optimal ausfüllten, konzentrierte sich Bartels nicht nur auf die Produktivität, sondern auch auf den Arbeiter: Mit der Vorstellung einer individuell definierten Höchstleistung, die den einzelnen wie auch die Gesamtheit befriedigte, versprach Bartels der Arbeitsgesellschaft nicht nur hohe Produktivität, sondern auch eine „gerechte Ordnung“:

Jeder nahm den Platz seiner idealen Leistung ein. Folglich wurde die gesellschaftliche Hierarchie transparent und nachvollziehbar. Entsprechend wird die unter Leistungsaspekten beschworene Ungleichheit mit dem egalitären Anspruch auf Schutz und Unversehrtheit des Lebens, dem Erhalt der Gesundheit und der Steigerung der Leistungsfähigkeit verbunden. Ergebnis ist eine Utopie nicht nur optimaler Produktivität, sondern auch sozialen Friedens, zu der folgende Grundlagen gehören:

1. Eine Leistungsideologie, durch die der Arbeiter seine Tätigkeit nicht als Last empfinden sollte, sondern als „innere Berufung“, als „Doppelklang von Höchstleistung nach außen und Glücksempfinden nach innen“³⁸. Dieses Glücksversprechen legitimierte weitgehende Eingriffe sowohl in das Arbeitsverhalten wie in die Privatsphäre. Zudem erhöhte es die Einsicht in die Notwendigkeit des geforderten Verhaltens. Es handelt sich jedoch um ein eindimensionales Glück, was die Bezeichnung „optimaler Umgang“ mit menschlichen Ressourcen relativiert. Soziale Handlungen, die nicht auf „Leistung“ im Produktionsprozess beruhen, werden nicht berücksichtigt, können also auch nicht zur Kompensation herangezogen werden.
2. Es wird eine Übereinstimmung von innerlicher Berufung und medizinisch feststellbarer,

schweig 1992.

36 Knödler, Raubbau, S. 122.

37 Reeg, Bartels, S. 76-78.

38 Arnhold, Carl: Psyche und Leistung. Vortrag, gehalten auf der Tagung d. dt. Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft f. Psychotherapie, 7.9.1040 in Wien. In: ders.: Psychische Kräfte im Dienste der Berufserziehung und Leistungssteigerung. Berlin 1941, S. 13f.

physiologisch-psychologischer Eignung postuliert. Das Hauptgewicht liegt auf dem Können der Experten - ärztlicher Diagnose und der Anleitung zu einer individuell festgelegten Leistung, die jeden Menschen fordert, aber nicht überfordert und die damit als gesundheitsdienlich gilt. Wird die erwartete Leistung nicht erreicht, wird der Fehler jedoch nicht im Urteil der Experten, sondern in der Abweichung der Betroffenen gesucht.

3. Jeder Sozialtechnologie ist die Reduktion der Wirklichkeit durch ihre fachspezifische Betrachtungsweise immanent, die bestimmte Aspekte der Realität ausblendet. Im behandelten Beispiel werden Komplexität und Varianz sowohl des menschlichen Organismus wie auch der Lebensumwelt ignoriert.

Anhand dieser drei Punkte wird deutlich, dass das Konzept der Gesundheitsführung einerseits weit über den Regelungsanspruch der Sozialhygiene hinausgeht, indem eine Regenerierbarkeit der Leistungskraft durch psycho-physiologische Anpassung wie auch durch Optimierung der Produktionsbedingungen beabsichtigt wird. Andererseits bleibt es hinter dem sozialhygienischen Konzept zurück, da die Vielschichtigkeit gesellschaftlicher Verhältnisse nicht einer fundierten Analyse unterzogen wird.

Trotz dieses konzeptionellen Mankos scheint sowohl die Möglichkeit zur Leistungssteigerung als auch zu einer adäquaten „Leistungsbeanspruchung“ (Bartels) weiterhin eine beträchtliche Faszination auszuüben. Arnhold gründete 1947 eine Nachfolgeorganisation der DINTA unter dem Namen „Gesellschaft für Arbeitspädagogik mbH“ (GEFA), der 1948 bereits wieder rund 200 ehemalige DINTA-Mitarbeiter angehörten³⁹. Ebenso wird die Kontrolle und Behandlung des Arbeitnehmers durch den Betriebsarzt (ein Kernstück des Konzeptes) nach wie vor als effektives Instrument zur Senkung des Krankenstandes gesehen bzw. wie bei VW wieder entdeckt. So äußerte sich Ferdinand Piech in einem ZEIT-Interview: „Wenn sich früher jemand im Werk in einen Finger der rechten Hand geschnitten hatte, ging er draußen zu einem Arzt, der ihn erst einmal krank schrieb, obwohl wir durchaus Tätigkeiten für seine linke Hand gehabt hätten. Heute geht er zur Sanitätsstation, die ihn versorgt und fair beurteilt, ob er nach Hause muss.“⁴⁰

Offensichtlich ist für Arbeitgeber die Vermeidung von Krankmeldungen sowohl durch betriebsärztliche Kontrolle als auch durch präventive Maßnahmen, die die Bedürfnisse der Arbeiter berücksichtigen, lohnend. Dabei sind auch im aktuellen Modell Elemente von „Gesundheitsführung“ - Kontrolle, Anleitung und ein „Eingehen auf Arbeiterbedürfnisse“ - auszumachen, wenn diese auch weit hinter den nationalsozialistischen Vorstellungen zurück bleiben. Bemerkenswert scheint uns zumindest, dass ein solches Vorgehen nicht mehr theoretisch begründet und die Funktion der Medizin als „Sozialsteuerung und Leistungserbringer“⁴¹ nicht mehr problematisiert werden muss.

39 Arnhold erhielt 1960 das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse. Vgl. Hinrichs, Peter: Um die Seele des Arbeiters. Arbeitspsychologie, Industrie- und Betriebssoziologie in Deutschland. Köln 1981, S. 306; Heidler, Mario: Wissenschaft als Sozialtechnologie. Ein Vergleich von Psychiatrie, Psychologie und Sozialforschung im Dritten Reich. Magisterarbeit am Fachbereich Politische Wissenschaft/Geschichte/Sozialpsychologie. Universität Hannover 1998.

40 Herr Volkswagen. Ferdinand Piech im Gespräch mit ZEIT-Chefredakteur Roger de Weck. DIE ZEIT Nr. 39 vom 21. September 2000, S. 25.

41 So das Schlusskapitel in Mühlfeld, Claus: Rezeption der nationalsozialistischen Familienpolitik. Eine Analyse über die Auseinandersetzung mit der NS-Familienpolitik in ausgewählten Wissenschaften 1933-1939. Stuttgart 1992, S. 377.

Anschriften:

Sigrid Stöckel
Medizinische Hochschule Hannover
Abt. Medizingeschichte
Carl-Neuberg-Str. 1

30625 Hannover
e-mail: sigrid.stoeckel@t-online.de

Mario Heidler
Schiergrund 16

31832 Springe

RALF AHRENS

Planwirtschaft, Prävention und Effizienz

Zur Wirtschaftsgeschichte des Gesundheitswesens in der Sowjetischen Besatzungszone und frühen DDR

I. Einleitung

Mit dem in jeder modernen Volkswirtschaft auftretenden Spannungsverhältnis von begrenzten Budgets und optimaler medizinischer Versorgung war in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) und der DDR eine zentrale Wirtschaftsplanung konfrontiert, die den volkswirtschaftlichen Aufwand für den Gesundheitssektor in ein „angemessenes“ Verhältnis zur gesamtwirtschaftlichen Leistung zu setzen hatte. Dabei befand sich das Gesundheitswesen einerseits in einer Konkurrenz um die Zuteilung knapper Ressourcen, und zwar nicht nur mit anderen staatlichen Einrichtungen, sondern auch mit der „volkseigenen“ Wirtschaft. Andererseits dienten Investitionen in das Gesundheitswesen mit dem Ziel, die gesundheitliche Lage der Arbeitsbevölkerung zu heben, zumindest mittelfristig auch der volkswirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Gleichzeitig galt die Gesundheit der Bevölkerung in hohem Maße als öffentliche Angelegenheit, die - wie tendenziell alle Gesellschaftsbereiche - einer staatlichen Regulierung unter Aufsicht der Staatspartei SED unterworfen war. Bereits in der Aufbauphase dieses Systems machte eine konzeptionelle wie institutionelle Aufwertung der Sozialhygiene deutlich, dass dabei dem Zusammenhang von gesundheitlicher und sozialer Lage eine herausragende Bedeutung zugemessen wurde. Mit der Wirtschaftsplanung für das Gesundheitswesen wurde mithin nicht nur über die Verteilung materieller Ressourcen entschieden, sondern auch unmittelbar auf eine gesellschaftspolitische Konzeption Bezug genommen. Sie bildet daher eine Schnittstelle zweier in der Forschungsliteratur umstrittener Themenfelder.

Erstens lässt sich aus dieser Perspektive der politische Stellenwert von Gesundheit in der SBZ/DDR untersuchen. Deren führende Gesundheitspolitiker waren in den Nachkriegsjahren angetreten, die gesundheitliche Lage insbesondere der Arbeiterschaft von der individuellen wirtschaftlichen Situation abzukoppeln. Der bis dahin enge Zusammenhang von Krankheit, Arbeitslosigkeit und Armut sollte durch eine umfassende Sozialversicherung aufgebrochen, Gesundheitsschäden in Folge ungesunder Arbeitsbedingungen durch ein präventiv orientiertes betriebliches Gesundheitswesen begegnet werden. In der bundesrepublikanischen Literatur wurde und wird diesem Anspruch die These entgegen gehalten, der Aufbau und die Ausgestaltung des frühen ostdeutschen Gesundheitswesens hätten grundsätzlich einem „Primat der Arbeitsproduktivitätssteigerung“ vor dem Gesundheits- und Arbeitsschutz unterlegen.¹ Allgemeiner formuliert stellt sich hier also die Frage, wie weit die reale Entwicklung des Gesundheitswesens einer langfristig angelegten, ökonomische Aspekte zurückstellenden gesundheitspolitischen „Vision“ entsprang oder wirtschaftspolitischen Entscheidungen untergeordnet wurde.

Zweitens boten die staatliche Organisation der medizinischen Versorgung in der DDR und ihre Einbindung in die Zentralplanwirtschaft immer wieder Anlass zu Effizienzvergleichen mit dem bundesdeutschen System der Gesundheitssicherung. Nach dem Ende der DDR erscheint das Konzept eines planwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesens kaum noch als relevante Alternative in den aktuellen Kostensenkungsdebatten. Die drastische Kritik am

1 Rolf, Hartmut: Sozialversicherung oder staatlicher Gesundheitsdienst? Ökonomischer Effizienzvergleich der Gesundheitssicherungssysteme der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik. Berlin 1975, S. 29; übernommen von Frerich, Johannes und Martin Frey: Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Band 2. München, Wien 1993, S. 205; ähnlich Süß, Winfried: Gesundheitspolitik. In: Hockerts, Hans Günter (Hrsg.): Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich. München 1998, S. 55-100, hier S. 76.

technischen und infrastrukturellen Rückstand der DDR-Medizin in den achtziger Jahren² reflektiert jedoch selten, dass diese Situation in den allgemeinen wirtschaftlichen Niedergang der DDR eingeordnet werden muss und daher nur begrenzt der Organisation des Gesundheitssystems selbst zugerechnet werden kann. Die Frage nach dessen relativer Leistungsfähigkeit ist zumal für die Vor- und Frühgeschichte der DDR noch keineswegs befriedigend beantwortet.

Auf beide Fragen können auch in diesem Beitrag keine abschließenden Antworten gegeben werden. Im Folgenden sollen dazu lediglich einige Vorüberlegungen auf der Grundlage eines noch sehr lückenhaften Forschungsstandes vorgetragen werden; die Schlussfolgerungen liegen eher auf methodischer Ebene. Dabei wird zunächst auf die institutionellen Grundzüge des ostdeutschen Gesundheitssystems, sodann auf Theorie und Praxis des Betriebsgesundheitswesens und schließlich auf die Effizienzproblematik eingegangen.

II. Institutionelle Grundlagen

Das Gesundheitswesen der DDR unterschied sich in mehrfacher Hinsicht deutlich von den bis dahin in Deutschland existierenden Systemen medizinischer Versorgung. Erstens erfolgten die Finanzierung von und der individuelle Zugang zu medizinischen Dienstleistungen auf der Grundlage einer einheitlichen, tendenziell die gesamte Bevölkerung erfassenden Sozialversicherung. Zweitens wurden präventive wie kurative medizinische Versorgung in hohem Maße durch ein betriebliches Gesundheitswesen und Polikliniken sichergestellt. Ebenso wie in den Krankenhäusern fungierten in diesen Einrichtungen, drittens, Ärzte als Angestellte, die nicht als Berufsstand, sondern gewerkschaftlich organisiert waren. Viertens wurde der präventiven Medizin ein herausragender Stellenwert zuerkannt, der sich besonders deutlich im Ausbau des betrieblichen Gesundheitswesens, aber auch in umfangreichen Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen oder der vorsorgenden Betreuung von Müttern und Kleinkindern manifestierte.³ Die Unterschiede zum westdeutschen System sind offensichtlich und müssen hier nicht ausgeführt werden. Von der biologistisch-rassistisch geprägten „Medizin der Ungleichheit“ des „Dritten Reiches“ unterschied sich das Gesundheitswesen seines ostdeutschen Nachfolgestaates zum einen durch das egalitäre Versorgungskonzept und eine Bevölkerungspolitik ohne „eugenische“ Komponenten. Zum anderen wurde die in der NS-Zeit vorangetriebene Ausweitung und Zentralisierung des öffentlichen Gesundheitswesens - mit anderen Zielsetzungen - fortgesetzt und insofern radikalisiert, als die berufsständische Autonomie der Ärzte abgeschafft wurde.⁴

Der in organisatorischer Hinsicht vielleicht gravierendste Unterschied sowohl zum gesamtdeutschen Vorgänger als auch zum westdeutschen Gegenüber aber lag in einer zentralen Planung des Gesundheitswesens, die - anders als die Planung des öffentlichen Sektors in Marktwirtschaften - die Aufgabe hatte, Struktur und Kosten des Gesundheitswesens auf gesetzlichem Wege in eine umfassende gesamtwirtschaftliche Planung einzuordnen. Dazu war eine zentrale, das Gesundheitswesen bündelnde Instanz notwendig. Zu den ersten, 1945 auf sowjetische Anordnung ins Leben gerufenen Zentralverwaltungen für die SBZ gehörte die Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen (DZVG). Damit bestand erstmals in Deutschland eine eigenständige Zentralbehörde, die - jedenfalls dem Anspruch nach - für die Lenkung des gesamten Gesundheitswesens zuständig war. Aus der DZVG entstand 1948 eine Hauptverwaltung Gesundheitswesen in der Deutschen Wirtschaftskommission, die 1949 zunächst in ein Ministerium für Arbeit und Gesundheitswesen, 1950 schließlich in

2 Vgl. beispielsweise Keck, Alfred: Zur Krise des Gesundheitssystems in der DDR. In: Das öffentliche Gesundheitswesen 53 (1991), 202-205.

3 Vgl., den aktuellen Forschungsstand zusammenfassend, Schagen, Udo und Sabine Schleiermacher: Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung/Bundesarchiv (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Band 2: Die Zeit der Besatzungszonen 1945-1949. Baden-Baden 2002 (im Druck).

4 Süß, Gesundheitspolitik, S. 58f., 63f., 87ff. (Zitat S. 58).

ein eigenständiges Ministerium für Gesundheitswesen überführt wurde.⁵

Dieses Ministerium fungierte als Scharnier zwischen Ministerrat, Staatlicher Plankommission und den nachgeordneten, regionalen Instanzen des Gesundheitswesens. Es musste also einerseits die ausreichende Berücksichtigung des medizinischen Sektors bei der Verplanung der volkswirtschaftlichen Ressourcen sicherstellen, andererseits als staatliche Anleitungs- und Kontrollinstanz bei der Verwendung der Mittel auftreten. Über die historische Entwicklung des Planungssystems und darüber, wie die zwangsläufig auftretenden Verteilungskonflikte gelöst wurden, sind wir bislang lediglich durch einige publizierte Quellen informiert.⁶ Die Unklarheiten beginnen schon bei der Frage, wie weit Entstehung und Entwicklung des Planungssystems für das Gesundheitswesen am sowjetischen Modell orientiert waren oder auf eigenständigen Konzepten basierten. Da sich die Einflussnahme der Besatzungsinstanzen aber selbst bei den Anfängen der zentralen Planung für die Industrieproduktion sehr in Grenzen hielt, vor allem auf die Befriedigung der eigenen Reparationsansprüche zielte und dabei häufig eine zentrale deutsche Planung eher konterkarierte als unterstützte,⁷ wird man sie für die Wirtschaftsplanung des Gesundheitswesens wohl erst recht nicht überschätzen dürfen. Der institutionelle Aufbau des Gesundheitswesens und der Sozialversicherung war nämlich nach heutigem Forschungsstand keine „Sowjetisierung“ im Sinne eines von der Besatzungsmacht erzwungenen, zielgerichteten Transfers sowjetischer Konzepte und Institutionen. Vielmehr bestand ein relativ großer Handlungsspielraum deutscher Akteure, die auf Erfahrungen und Ideen aus der Zeit vor 1945 zurückgriffen. Verstaatlichung des Gesundheitswesens sowie Vereinheitlichung und Ausdehnung der Sozialversicherung waren in den zwanziger Jahren vor allem von Sozialdemokraten und Freien Gewerkschaften gefordert worden;⁸ der hohe Stellenwert, der der präventiven medizinischen Versorgung beigemessen wurde, stand in der sozialhygienischen Tradition der Weimarer Republik. Diese deutschen Traditionslinien, die durch einen sehr hohen Anteil seit 1933 emigrierter oder in ihrer Berufsausübung behinderter, kommunistischer und sozialdemokratischer Mediziner am Führungspersonal der DZVG repräsentiert wurden,⁹ wurden insbesondere im Betriebsgesundheitswesen mit sowjetischen Leitgedanken kombiniert.¹⁰

5 Vgl. Welsh, Helga A.: Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen (DZVG). In: Broszat, Martin und Hermann Weber (Hrsg.): SBZ-Handbuch. Staatliche Verwaltungen, Parteien, gesellschaftliche Organisationen und ihre Führungskräfte in der Sowjetischen Besatzungszone Deutschlands 1945-1949. 2. Aufl., München 1993, S. 244-252.

6 Die formalen Grundzüge des Systems in den späten 50er und frühen 60er Jahren beschreiben - mit deutlich propagandistischem Einschlag - W. Großmann, und H. Richau: Zur Ökonomik des staatlichen Gesundheitswesens in der Deutschen Demokratischen Republik. Berlin 1962. Die wenigen historischen Hinweise betreffen vor allem planungs- und haushaltstechnische Probleme.

7 Vgl. Holzwarth, Klaus: Die Anfänge der zentralen Wirtschaftsplanung in der SBZ. In: Buchheim, Christoph (Hrsg.): Wirtschaftliche Folgelasten des Krieges in der SBZ/DDR. Baden-Baden 1995, S. 247-269; Steiner, André: Zwischen Länderpartikularismus und Zentralismus. Zur Wirtschaftslenkung in der SBZ bis zur Bildung der Deutschen Wirtschaftskommission im Juni 1947. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, B49-50/1993, S. 32-39.

8 Für die Sozialversicherung hat dies Dierk Hoffmann besonders betont: Hoffmann, Dierk: Kontinuität und Wandel beim Aufbau der ostdeutschen Sozialversicherung 1945-1947. In: Mehringer, Hartmut, Michael Schwartz und Hermann Wentker (Hrsg.): Erobert oder befreit? Deutschland im internationalen Kräftefeld und die Sowjetische Besatzungszone (1945/46). München 1999, S. 263-286.

9 Vgl. die sehr knappen Überblicke bei Welsh, Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen, S. 246, und Süß, Gesundheitspolitik, S. 64f. Wesentliche umfangreichere Daten enthält die auf Anfrage zugängliche biographische Dokumentation der Forschungsstelle Zeitgeschichte am Institut für die Geschichte der Medizin der Freien Universität Berlin.

10 Vgl. Schagen, Udo: Kongruenz der Gesundheitspolitik von Arbeiterparteien, Militäradministration und der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der Sowjetischen Besatzungszone? In: Woelk, Wolfgang und Jörg Vögele (Hrsg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland von

Die zeitgenössische westdeutsche Einschätzung, der Aufbau einer zentralen Gesundheitsverwaltung und die Abschaffung der ärztlichen Standesautonomie seien primär nicht von sozialmedizinischen Konzepten, sondern vom Herrschaftsanspruch der SED mit dem Ziel der „Einführung und Verankerung des Bolschewismus“¹¹ bestimmt gewesen, erscheint daher wenig tragfähig. Medizinische Reformkonzepte und politische Neuordnungsziele mussten sich nicht unbedingt widersprechen; aus der schrittweisen Durchsetzung der SED-Diktatur lässt sich daher nicht auf eine Unterordnung der Sozialmedizin unter die Politik schließen. Zudem verweisen neuere Forschungen auf Interessenkonflikte zwischen den verschiedenen Trägern der Gesundheitspolitik - etwa zwischen der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen und den Länderbehörden bzw. den in diesen Institutionen führenden Personen -, die das in der älteren Forschung vorherrschende Bild der zielstrebigem Umsetzung eines geschlossenen Herrschaftskonzeptes der SED¹² auf gesundheitspolitischem Feld deutlich infrage stellen.¹³

Daraus folgt allerdings keineswegs, dass die Entwicklung des Gesundheitswesens sich unabhängig von herrschafts- und wirtschaftspolitischen Zielen vollzogen hätte. Gründlich aufgearbeitet wurde dieser Zusammenhang bislang jedoch nur für die Sozialversicherung. Bei aller Improvisation, von der die Errichtung des neuen Versicherungssystems - trotz weitgehender konzeptioneller wie praktischer Unabhängigkeit von sowjetischen Vorgaben - geprägt war, lässt sich eine deutliche Tendenz zur Ausweitung staatlichen Einflusses auf die zunächst als Selbstverwaltungsorgan eingerichtete Sozialversicherung feststellen. Sie wurde frühzeitig in die zentrale Wirtschaftsplanung integriert, um sie den allgemeinen wirtschaftspolitischen Zielsetzungen zugänglich zu machen. Dass der Staat einen schnell wachsenden Anteil an den Ausgaben der Sozialversicherung übernahm, entlastete zwar sowohl die Betriebe als auch die Erwerbsbevölkerung von der Finanzierung; es erhöhte aber auch die Einflussmöglichkeiten der zentralen Staats- und Parteiorgane.¹⁴ Den Vorreiter bei der Zentralisierung der verschiedenen Versicherungszweige bildete die Krankenversicherung, wo die über 1.300 Krankenkassen schon 1945 zu 150 Sozialversicherungskassen unter dem Dach der Sozialversicherungsanstalten der Länder bzw. Provinzen zusammengelegt, die letzten Privatkassen schließlich 1951 aufgelöst wurden.¹⁵

der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“. Berlin 2002 (im Druck); Moser, Gabriele: Die „Kommunalisierung“ des Gesundheitswesens. Der Neuaufbau der Gesundheitsverwaltung in der SBZ/DDR zwischen Weimarer Reformvorstellungen und „Sowjetisierung“. In: ebd.; Ernst, Anna-Sabine: „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus“. Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945-1961. Münster u.a. 1997, S. 26; Meyer, Bernhard: Gesundheitspolitik. In: Herbst, Andreas, Gerd-Rüdiger Stephan und Jürgen Winkler (Hrsg.): Die SED. Geschichte – Organisation – Politik. Ein Handbuch. Berlin 1997, S. 363-377, hier S. 364; Süß, Gesundheitspolitik, S. 64. Die „Sowjetisierungsthese“ findet sich zuletzt bei Frerich/Frey, Handbuch, S. 205 und bei Müller, Klaus-Dieter: Die Ärzteschaft im staatlichen Gesundheitswesen der SBZ und der DDR 1945-1989,. In: Jütte, Robert (Hrsg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Köln 1997, S. 243-274, hier S. 245, 253.

11 Weiß, Wilhelm: Das Gesundheitswesen in der Sowjetischen Besatzungszone. Bonn 1957, S. 11. Vgl. als weiteren älteren westdeutschen Beitrag mit ähnlicher Tendenz: Pritzel, Konstantin: Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik der Deutschen Demokratischen Republik. Berlin 1978.

12 So zuletzt nochmals Hermann Weber in der Neuausgabe seines Standardwerks von 1985: Weber, Hermann: Geschichte der DDR. München 1999, S. 19-122, besonders S. 39, 65ff. und 84ff.

13 Vgl. Schagen, Kongruenz, S. 22f.; Moser, „Kommunalisierung“.

14 Vgl. Hoffmann, Dierk: Sozialpolitische Neuordnung in der SBZ/DDR. Der Umbau der Sozialversicherung 1945-1956. München 1996, besonders S. 119ff., 335ff.

15 Hoffmann, Dierk: Zentralisierung und soziale Disziplinierung. Zum Neuanfang in der Krankenversicherung und zum Aufbau des Systems der Bevollmächtigten der Sozialversicherung in den Betrieben. In: Buchheim (Hrsg.): Wirtschaftliche Folgelasten, S. 417-440, hier S. 418ff.

III. Theorie und Praxis des Betriebsgesundheitswesens

Welche Faktoren im Spannungsfeld von Ökonomie, Politik und Medizin letztlich die Entwicklung des Gesundheitswesens insgesamt bestimmten, lässt sich mangels vergleichbar gründlicher Untersuchungen kaum beurteilen. Theoretisch waren Ökonomie und Gesundheit in der Sicht von ostdeutschen Ökonomen und Sozialmedizinern jedenfalls keine Gegensätze, sie bedingten sich vielmehr gegenseitig. Eine staatlich geförderte Präventivmedizin schien nicht nur die Gesundheit der Bevölkerung, sondern zugleich auch die wirtschaftliche Entwicklung fördern zu können. So war die potenzielle Verkürzung der Lebensarbeitszeit durch ungesunde Lebensweise für den führenden Sozialhygieniker Kurt Winter ein Motiv, die Prophylaxe und damit die Sozialhygiene ins Zentrum staatlicher Gesundheitspolitik zu stellen; dies wiederum schien Winter unter kapitalistischen Bedingungen unmöglich, weil hier immer nur ein individueller „Kampf ums Dasein“ stattfindet.¹⁶

Im Sozialismus hingegen bestand endlich die Chance, mit dem eigentlichen Anliegen der Sozialhygiene Ernst zu machen, nämlich der „allseitige[n] Förderung und Sicherung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung, um allen Menschen die Möglichkeit zur Entfaltung ihrer körperlichen und geistigen Fähigkeiten zu gewährleisten“ - und dadurch wiederum „zum Aufbau des Sozialismus beizutragen“. Diese gegenseitige Bedingtheit von optimaler Prophylaxe und gesellschaftlicher Ordnung kam auch in Winters Bestimmung des Gegenstandsbereichs von Sozialhygiene zum Ausdruck: Dieser umfasste sowohl den „Gesundheitszustand der Bevölkerung in seiner Auswirkung auf die Gesellschaft“, also den Beitrag einer gesunden Arbeitsbevölkerung zum Sozialprodukt, als auch den „Einfluß der gesellschaftlichen Umwelt“ auf die Gesundheit der Bevölkerung.¹⁷

In diesem Kontext war die Gesundheit des Einzelnen einerseits ein fundamentales Recht. Andererseits leitete sich aus dem Zusammenhang von Ökonomie und gesellschaftlichem Gesundheitszustand aber auch eine individuelle Verpflichtung her: „Gesundsein, Gesundbleiben und [...] Gesundwerden“ waren „keine Privatsache des einzelnen mehr, sondern eine Pflicht gegenüber der Allgemeinheit“¹⁸. Eine parallele Wandlung erfuhr das Bild des Arztes, der einerseits zum sozialen Dienstleistungsangestellten werden, zugleich aber auch eine neue Autorität als Vertreter allgemein verbindlicher sozialmedizinischer Konzepte erhalten sollte: „Aus Ärzten [...] werden Volkserzieher“.¹⁹

Den zentralen praktischen Ansatzpunkt für diese Aufgabenstellung bildete die Gesundheit der Erwerbsbevölkerung. An der Produktionsstätte, die ja von jeher ein Zentrum sozialistischer Gesellschaftsanalyse gewesen war, bot sich die Möglichkeit, „Arzt und Krankenschwester aus dem Gehege ihres Krankenzimmers heraus“ zu führen und dem Patienten die überragende Bedeutung der Präventivmedizin nahe zu bringen - „und zwar dort, wo er die entscheidende Tat seines Lebens vollbringt, bei der Arbeit.“ Dass damit nicht nur eine bessere medizinische Versorgung des Einzelnen angestrebt wurde, sondern zugleich die Erhaltung von Arbeitskraft im volkswirtschaftlichen Maßstab, wurde offen zugegeben. Gerade unter den Bedingungen des Wiederaufbaus nach dem Krieg konnte diese Feststellung auch kaum Anstoß erregen, sondern war eher ein unmittelbar einleuchtendes, zusätzliches Argument für den Ausbau des betrieblichen Gesundheitswesens.²⁰

16 Winter, Kurt: Einleitung. In: Beyer, Alfred und Kurt Winter (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialhygiene. 2. Aufl. Berlin 1959, S. 1-17, hier S. 2f.

17 Ebd., S. 17; vgl. auch Großmann/Richau, Zur Ökonomik des staatlichen Gesundheitswesens, S. 5.

18 Ministerium für Arbeit und Gesundheitswesen, Hauptabteilung Gesundheitswesen (Hrsg.): Das demokratische Gesundheitswesen in der Deutschen Demokratischen Republik. Berlin o.J. (1949/50), S. 27.

19 Neubert, Rudolf: Vom Heilen zum Vorbeugen. Leipzig, Jena 1956, S. 75; zitiert nach Großmann/Richau, Zur Ökonomik des staatlichen Gesundheitswesens, S. 4.

20 Winter, Kurt: Über die Bedeutung des Befehls 234 und Maßnahmen zu seiner Durchführung. In: Das deutsche Gesundheitswesen 2 (1947), 24f.

Ein gründlich durchdachtes Konzept für die konkrete Umsetzung dieser Grundgedanken scheint jedoch zunächst nicht existiert zu haben. Die ersten umfassenden Planungsversuche, die mit dem Zweijahrplan 1949/50 unternommen wurden, waren von höchst unterschiedlichen Vorstellungen über Methoden und Ziele, vor allem aber von fehlenden Erfahrungen der Gesundheitsverwaltung und der Amtsärzte geprägt. Dadurch drohte das eigentliche Ziel der Planung in den Hintergrund zu geraten, nämlich „die wirkliche Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung und da in erster Linie die der werktätigen Bevölkerung und der Ausbau der Prophylaxe vorwiegend an den Brennpunkten der Aufbauarbeit“.²¹ Die Erarbeitung des ersten Fünfjahrplans für die Jahre 1951-1955 zeigte, dass sich die Koordinierungsprobleme noch verstärkten, je weiter in die Zukunft geplant wurde. Weder die vom Gesundheitswesen vorgesehenen Arbeitskräfte noch die materielle Ausstattung der medizinischen Einrichtungen entsprachen den gesamtwirtschaftlichen Möglichkeiten, und diese Differenzen waren auch durch mehrfache Überarbeitung der Pläne kurzfristig nicht zu bereinigen.²² Winter beklagte daher 1951 ein im Vergleich zum Produktionsbereich mangelndes Bewusstsein über die Ziele und Möglichkeiten der Planung. Seine Konsequenz aus den bisherigen Diskrepanzen lautete ausdrücklich, die gesundheitspolitischen Planziele müssten sich den volkswirtschaftlichen Zielsetzungen „unterordnen, als Hebel ihrer Entwicklung dienen. Das gibt uns nicht nur die Richtung für die organisatorische Entwicklung unseres Gesundheitswesens, für die gesundheitspolitische Gestaltung, sondern muss gleichzeitig die Aufgabenstellung unserer medizinischen Wissenschaft sein. Sie muss die engste Verbindung mit unserer durch die volkseigenen Betriebe bestimmten Produktion finden und sie wird noch nie gekannte Entwicklungsmöglichkeiten erhalten.“²³

Die herausragende Bedeutung der betrieblichen Gesundheitsfürsorge war nicht nur ein theoretischer Anspruch, sie wurde auch in der Praxis deutlich. Ein Befehl der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland (SMAD) widmete sich bereits im Februar 1947 dem Gesundheitsschutz speziell von Frauen am Arbeitsplatz.²⁴ Neben dem flächendeckenden Aufbau von Polikliniken zur ambulanten Versorgung begründete dann vor allem der SMAD-Befehl 234 vom 9. Oktober 1947 eine Neuordnung des medizinischen Versorgungssystems. Der Befehl sollte seinem Titel zufolge gleichzeitig „Maßnahmen zur Steigerung der Arbeitsproduktivität und zur weiteren Verbesserung der materiellen Lage der Arbeiter und Angestellten in der Industrie und im Verkehrswesen“ einleiten. Er verlangte u.a. Verbesserungen im Arbeitsschutz und der Unfallverhütung, verkürzte Arbeitszeiten für Jugendliche sowie eine bevorzugte Versorgung von Arbeitern und Angestellten der „führenden Industriezweige“, zugleich aber auch einen „entschlossenen Kampf gegen Bummelanten und Desorganisatoren der Arbeit“ sowie die zeitweilige Streichung der Sonderverpflegung als Strafmaßnahme gegen Betriebe, „die durch eigene Schuld ihren Produktionsplan systematisch nicht erfüllen und sich um eine Verbesserung ihrer Arbeit nicht bemühen“. Mit Abschnitt 11 dieses Befehls verfügte die SMAD die Einsetzung von Krankenschwestern, Gesundheitshelfern oder Betriebsärzten bzw. die Einrichtung von Betriebspolikliniken (je nach Betriebsgröße) in sämtlichen Betrieben mit mehr als 200 Beschäftigten; diese Einrichtungen hatten wiederum einen Schwerpunkt ihrer Tätigkeit auf prophylaktische Maßnahmen zu legen. Auch hier wurde deutlich, dass die bessere Versorgung mit einer verschärften Kontrolle einhergehen sollte: Der Befehl verlangte auch die Einführung einer zoneneinheitlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und drohte mit „Strafmaßnahmen gegen Ärzte, die solche Bescheinigungen

21 Vgl. Linser, Karl: Ein Jahr Planung im Gesundheitswesen, Rückblick und Ausblick. In: Das deutsche Gesundheitswesen 5 (1950), 643-678, hier 644. Linser war zu dieser Zeit Leiter der Hauptabteilung Gesundheitswesen im Ministerium für Arbeit und Gesundheitswesen, zuvor Präsident der DZVG.

22 Großmann/Richau, Zur Ökonomik des staatlichen Gesundheitswesens, S. 52f.

23 Winter, Kurt: Die Planung des Gesundheitswesens. In: Das deutsche Gesundheitswesen 6 (1951), 1022-1026, Zitat S. 1023. Winter war zu dieser Zeit Hauptabteilungsleiter für Gesundheitswesen in der Staatlichen Plankommission.

24 Vgl., auch zum Folgenden, Schagen/Schleiermacher, Gesundheitswesen, Abschnitt 3.2.

bewusst an Personen, die sich vor der Arbeit drücken, ohne einen ausreichenden medizinischen Grund ausstellen“.²⁵

Eine Ausführungsverordnung zu diesem Befehl regelte außerdem die Einsetzung von „Bevollmächtigten der Sozialversicherung“, die aus den Betrieben heraus gewählt werden und sich neben dem Arbeitsschutz und der Betriebshygiene auch der Betreuung erkrankter Arbeitnehmer widmen sollten. Dazu gehörten auch Hausbesuche bei Arbeitern und Angestellten, „die infolge Krankheit oder aus ungeklärten Gründen nicht zur Arbeit erschienen“ waren.²⁶ Diese Neuerung hatte sowohl fürsorgerische als auch kontrollierende Funktionen - die Bevollmächtigten sollten einerseits die Versicherten beraten, andererseits deren „kritische Betrachtung bei falscher Krankmeldung“ übernehmen. Der tatsächliche Erfolg des Bevollmächtigtensystems bei der Senkung des Krankenstandes lässt sich schwer einschätzen, ihm waren jedoch deutliche organisatorische Grenzen gesetzt, zumal sich vereinzelt Initiativen, diese ehrenamtliche Tätigkeit zu einer hauptamtlichen aufzuwerten, nicht durchsetzen konnten.²⁷ Ähnlich war auch dem Arzt eine Doppelfunktion zugeordnet, die schon in der Bezeichnung als „Volkserzieher“ anklingt. Neben die Aufgaben der Behandlung und Prophylaxe trat „in noch stärkerem Maße, als es bisher der Fall war, eine Überwachungsaufgabe“. Um „dem pflichtbewussten Berufstätigen“ garantieren zu können, „dass seine Sozialversicherungsbeiträge nicht an Arbeitsunwillige und Scheinkranke vergeudet werden“, musste den Betriebsärzten besondere Sorgfalt bei Krankschreibungen abverlangt werden.²⁸

Solche Erläuterungen der gesundheitspolitischen Ziele scheinen zunächst tatsächlich darauf hinzudeuten, dass hier eine Unterordnung individueller Gesundheit unter volkswirtschaftliche Leistungsparameter erfolgen sollte. Dazu passt die oben erwähnte Eingliederung der Sozialversicherung in die zentrale Wirtschaftsplanung ebenso wie die Tatsache, dass seit 1948 die Leistungen der Sozialfürsorge zunehmend zugunsten von Investitionen und der Integration von Leistungsempfängern in den Arbeitsprozess eingeschränkt wurden.²⁹ Doch die These vom Primat der Produktivität über die Gesundheit ist schon auf der theoretischen Ebene nicht ganz einleuchtend, denn der Zusammenhang von Gesundheitsfürsorge und Arbeitsleistung galt natürlich auch umgekehrt: Eine Erhöhung der Arbeitsproduktivität war letztlich kein Selbstzweck, sondern die dadurch zu erreichende Wohlstandserhöhung stellte auch eine entscheidende Voraussetzung für eine bessere gesundheitliche Lage der gesamten Bevölkerung dar.³⁰ Speziell für die Erwerbsbevölkerung war dieser Zusammenhang so offensichtlich, dass er gerade bei der Propagierung des Befehls 234 deutlich hervorgehoben wurde.³¹

Vor allem aber lässt sich aus den hier zitierten, öffentlich vorgetragenen Konzepten nicht unmittelbar auf die Praxis schließen, wie ein Blick auf die industriellen Arbeitsbeziehungen in den vierziger und fünfziger Jahren demonstriert. Das Ziel des Befehls 234 war es, eine Steigerung der Arbeitsproduktivität durch eine Anreizmischung aus Sanktionen und Versor-

25 Befehl des Obersten Chefs der Sowjetischen Militärregierung ... Nr. 234 vom 9. Oktober 1947, zitiert nach Das deutsche Gesundheitswesen 2 (1947), 684f.

26 Verordnung über die Verbesserung der ärztlichen Betreuung der Arbeiter und Angestellten und über Maßnahmen zur Regelung der Arbeitsbefreiung im Krankheitsfalle, ebd., 686f.

27 Vgl. Hoffmann, Zentralisierung und soziale Disziplinierung, S. 423ff. Das Zitat (S. 426) aus dem Jahr 1948 stammt von der Ersten Vizepräsidentin der Deutschen Verwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge, Jenny Matern.

28 Paul, Elfriede: Grundsätzliches zum Befehl 234. In: Das deutsche Gesundheitswesen 2 (1947), 723f. Paul war Abteilungsleiterin für Betriebsgesundheitsfürsorge in der DZVG.

29 Boldorf, Marcel: Sozialfürsorge in der SBZ/DDR 1945-1953. Ursachen, Ausmaß und Bewältigung der Nachkriegsarmut. Stuttgart 1998, S. 46ff., 235f.

30 Linser, Ein Jahr Planung, S. 644.

31 Vgl. Beyer, Alfred: Die Bedeutung des Befehls 234 und unsere daraus erwachsenden Aufgaben. In: Das deutsche Gesundheitswesen 2 (1947), S. 721-723, hier S. 722. Beyer war zu dieser Zeit Vizepräsident der DZVG.

gungsverbesserungen zu erreichen. Tatsächlich wurde der Befehl offenbar vor allem zum Anlass für eine bessere Versorgung der Arbeitskräfte mit Nahrung und Konsumgütern genommen, während die Kontrollaspekte schon aus rein organisatorischen Gründen vernachlässigt werden mussten. In vielen Betrieben wurde die nach Leistung und Qualifikation differenzierte Ausgabe von Essen und Konsumgütern unterlaufen oder schlicht boykottiert, und selbst die befohlene Einführung von Leistungslöhnen wurde ignoriert. Notfalls setzten die Betriebsleitungen relativ niedrige Arbeitsnormen an, um die Abwanderung von Arbeitskräften zu verhindern; dies führte letztlich zum Gegenteil des Beabsichtigten, nämlich zu einer Abkoppelung der Lohnerhöhungen von Produktivitätssteigerungen. Der 17. Juni 1953 zeigte endgültig, dass eine administrative Vorgabe von Arbeitsbedingungen und -leistungen durch das SED-Regime enge Grenzen hatte; während der fünfziger Jahre stiegen die Löhne in fast allen Industriezweigen schneller als die Arbeitsproduktivität.³²

Diese punktuellen Hinweise stellen zwar noch keinen definitiven Forschungsstand dar, sondern bedürfen weiterer Vertiefung. Sie machen es aber sehr plausibel, von ähnlichen Diskrepanzen zwischen zentralen wirtschaftspolitischen Zielen und ihrer Umsetzung auch im betrieblichen Gesundheitswesen auszugehen. So gewährten die Betriebsleitungen zwar dem Ausbau des betrieblichen Gesundheitswesens große rhetorische Unterstützung, zeigten aber tatsächlich wohl wenig Neigungen, auch ihre begrenzten Investitionsbudgets dafür einzusetzen.³³ Das Beispiel zeigt, dass sich Zielkonflikte zwischen Wirtschaftspolitik und Präventivmedizin auf der Grundlage publizistischer Quellen kaum angemessen analysieren lassen. Dafür ist zumindest eine Untersuchung der internen politischen Entscheidungsprozesse, in manchen Fällen aber wohl auch die Einbeziehung der betrieblichen Mikroebene notwendig.

IV. Zum Effizienzproblem

Die zentrale Planung des Gesundheitswesens und ihre Umsetzung in die Praxis verliefen, wie oben kurz angedeutet, zumal in den Anfangsjahren offenbar alles andere als reibungslos. Dass solche Reibungsverluste die Effizienz der medizinischen Versorgung beeinträchtigten, ist nicht zu bezweifeln. Die Frage ist, ob sie dies in so hohem Maße taten, dass dadurch mögliche Effizienzgewinne durch die zentrale Planung überkompensiert wurden. Bei einer ökonomischen Betrachtung von Gesundheitssystemen, die medizinische Leistungen als knappe Güter interpretiert, sind solche Effizienzvorsprünge jedenfalls theoretisch zu erwarten. Das „Erzeugnis“ Gesundheit stellt in dieser Interpretation ein meritorisches Gut dar, nach dem die individuelle Nachfrage geringer als gesellschaftlich wünschenswert ausfällt, weil der gesundheitliche Ertrag medizinischer Dienstleistungen oft erst lange Zeit nach ihrer Erbringung (oder auch gar nicht) sichtbar wird. Solche Nachfragedefizite können durch die staatliche Bereitstellung bzw. Verordnung der entsprechenden Güter ausgeglichen werden, und deshalb kann für das Gesundheitswesen durchaus eine partielle Überlegenheit zentraler Wirtschaftsplanung über Marktmechanismen oder Verhandlungsprozesse zwischen Interessengruppen vermutet werden; eine optimale Versorgung ist am ehesten durch die Mischung verschiedener Steuerungsformen zu erwarten.³⁴ Der hohe Stellenwert der Präventivmedizin, die in vielen Fällen - etwa bei Vorsorgeuntersuchungen oder Arbeitsschutzvorschriften - relativ leicht zentral regulierbar war, müsste diese Vorteile in der DDR besonders zur Geltung gebracht haben.

Eine empirische Prüfung dieser Überlegungen stößt jedoch auf erhebliche methodische Schwierigkeiten, weil sich die ökonomische Effizienz von Gesundheitssystemen letztlich nur in Vergleichen bestimmen lässt. Üblich war und ist dabei der Vergleich der DDR mit der

32 Vgl. Kopstein, Jeffrey: *The Politics of Economic Decline in East Germany, 1945-1989*. Chapel Hill, London 1997, S. 25ff.

33 Süß, Gesundheitspolitik, S. 77.

34 Vgl. Herder-Dorneich, Philipp: *Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen*. Baden-Baden 1994, S. 679ff.

Bundesrepublik. Die Ergebnisse solcher Systemvergleiche hinsichtlich des Verhältnisses von finanziellem Aufwand und gesundheitlichem „Ertrag“ lassen sich grob in zwei Thesen zusammenfassen. Einerseits gilt das Gesundheitswesen der DDR als relativ kosteneffizient, weil im Vergleich zur Bundesrepublik ein deutlich geringerer Teil der gesamtwirtschaftlichen Leistung dafür bereitgestellt wurde, während die Erträge - gemessen an Indikatoren wie Mortalität und Morbidität oder Ärzte- und Krankenhausedichte - als etwa gleichwertig eingeschätzt werden.³⁵ Andererseits entwickelte sich die gesundheitliche Lage in der DDR seit den fünfziger Jahren ungünstiger als in westlichen Industrieländern: Die durchschnittliche Lebenserwartung erhöhte sich deutlich langsamer; die technische und bauliche Ausstattung des Gesundheitswesens entsprach seit den siebziger Jahren nicht mehr dem internationalen Standard, obwohl in der Ära Honecker sozialpolitischen Leistungen ein höherer Rang eingeräumt wurde als in den Jahrzehnten zuvor.³⁶

Doch erstens fügen sich die negativen Erscheinungen der späteren Jahre in eine entsprechende gesamtwirtschaftliche Entwicklung ein. Die DDR geriet bekanntlich in der Ära Honecker endgültig in eine Wachstums- und Verschuldungskrise, die schließlich in den Staatsbankrott führte; zugleich wuchsen die Staatsausgaben für Sozial- und Konsumpolitik zu Lasten der Investitionsquote.³⁷ Aus dieser gesamtwirtschaftlichen Lage lassen sich sowohl die Mängel in der technischen Ausstattung - zumal bei international wachsender Bedeutung der kostenintensiven „Apparatemedizin“ - als auch die Vernachlässigung der Bauinvestitionen erklären.³⁸ Damit ist jedoch noch nicht geklärt, ob das Gesundheitswesen der DDR auch schon unter den Bedingungen der vierziger und fünfziger Jahre als relativ ineffizientes System beurteilt werden muss.

Zweitens verdeutlichen die einschlägigen Arbeiten, dass ein Effizienzvergleich auf der Basis ökonomischer Statistiken an enge Grenzen stößt, die weniger durch fehlende Quellen als durch die unterschiedliche Aussagekraft monetärer Daten in Plan- und Marktwirtschaften bestimmt sind. Zunächst unterscheidet sich die Struktur der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. Die unterschiedliche Abgrenzung einzelner Bilanzposten des Gesundheitswesens lässt sich zwar vereinheitlichen, doch Neuberechnungen eines Bruttoinlandsproduktes

35 Vgl. Schneider, Markus u.a.: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Laufende Berichterstattung zu ausländischen Gesundheitssystemen. Ausgabe 1992, Augsburg 1993, S. 72ff.; Korbanka, Christian: Das Gesundheitswesen der DDR. Darstellung und Effizienzanalyse. Köln 1990, S. 142ff.; Rolf, Sozialversicherung, S. 203. Differenzierter durch Berücksichtigung verschiedener Altersgruppen ist hier die Analyse von Stauder, Hans-Jochen: Das Gesundheitswesen der DDR - eine ökonomische Analyse aus ordnungstheoretischer Sicht. Hrsg. v. Hans Harmsen, Hamburg 1978, S. 221ff.

36 Vgl. Arnold, Michael und Bernd Schirmer: Gesundheit für ein Deutschland. Ausgangslage, Probleme und Möglichkeiten der Angleichung der medizinischen Versorgungssysteme der Bundesrepublik Deutschland und der DDR zur Bildung eines einheitlichen Gesundheitswesens. Köln 1990, S. 81, 115f.; Wiesner, Gerd E.: Zur Gesundheitslage der beiden Bevölkerungsteile DDR und BRD - ein Ausdruck sozialer Ungleichheit? In: Thiele, Wilhelm (Hrsg.): Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch? Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat. Sankt Augustin 1990, S. 21-28; Spaar, Horst: Das Gesundheitswesen der DDR. Quellen, Entwicklungen, Wertungen. In: Rausch, Anita, Lothar Roland und Horst Spaar (Hrsg.): Das Gesundheitswesen der DDR - Eine historische Bilanz für zukünftige Gesundheitspolitik. Berlin 1999, S. 18-64, hier S. 41ff; Keck, Zur Krise des Gesundheitssystems; Meyer, Gesundheitspolitik.

37 Vgl. Baar, Lothar, Uwe Müller und Frank Zschaler: Strukturveränderungen und Wachstumsschwankungen. Investitionen und Budget in der DDR 1949 bis 1989. In: Jahrbuch für Wirtschafts-geschichte 1995/II, S. 47-74; Steiner, André: Zwischen Konsumversprechen und Innovationszwang. Zum wirtschaftlichen Niedergang der DDR. In: Jarausch, Konrad H. und Martin Sabrow (Hrsg.): Weg in den Untergang. Der innere Zerfall der DDR. Göttingen 1999, S. 153-192; Ahrens, Ralf: Gegenseitige Wirtschaftshilfe? Die DDR im RGW - Strukturen und handelspolitische Strategien 1963-1976. Köln, Weimar, Wien 2000, S. 249ff.

38 So auch Süß, Gesundheitspolitik, S. 81.

der DDR entsprechend dem in westlichen Ländern verwendeten „System of National Accounts“ liegen bislang nur für die achtziger Jahre vor³⁹ und können nicht einfach in frühere Jahrzehnte extrapoliert werden. Weiterhin ist auf die völlig verschiedenen Lohn- und Preisstrukturen hinzuweisen, die sich wohl am deutlichsten in den relativ niedrigen Gehältern im DDR-Gesundheitswesen zeigen,⁴⁰ von denen aber auch ein Vergleich aller anderen Kostenbestandteile wie Bauleistungen, Klinikeinrichtungen oder Medikamente betroffen ist. Inter-temporale Vergleiche - etwa der Wachstumsraten von absoluten oder Pro-Kopf-Ausgaben - sind außerdem wenig hilfreich, solange kein brauchbarer Inflationsindex für die DDR vorliegt; Gegenüberstellungen in einer einheitlichen Währung sind wegen des Fehlens eines eindeutigen kaufkraftbezogenen Wechselkurses zwischen DM und Mark der DDR nur von geringer Aussagekraft.⁴¹

Die Vergleichsprobleme auf der Output-Seite sind kaum geringer zu veranschlagen. Auf die Details der Vergleichsproblematik selbst „westlicher“ Gesundheitssysteme untereinander muss hier nicht näher eingegangen werden. Es genügt der Hinweis, dass der Gesundheitszustand einer Bevölkerung weder eindeutig messbar noch allein dem Gesundheitswesen zurechenbar, sondern auch von vielen anderen Faktoren wie Arbeitsbedingungen, Umweltsituation, Einkommen oder Bildung abhängig ist. Eine direkte Zurechnung von Veränderungen der gesundheitlichen Lage auf konkrete politische Maßnahmen wird außerdem durch erhebliche Zeitverzögerungen zwischen Maßnahmen und Ergebnissen wie etwa Morbiditätsveränderungen erschwert.⁴² Dynamische Vergleiche müssen zudem in der Regel auf historisch bedingten, unterschiedlichen Ausgangsniveaus aufbauen - prozentuale Veränderungen der Lebenserwartung beispielsweise sind nicht zuletzt davon beeinflusst, wie hoch die Sterblichkeit zu Beginn der Vergleichsphase war.

Weder die Leistungen noch die Defizite des ostdeutschen Gesundheitswesens lassen sich also mit den herkömmlichen Mitteln der gesundheitsökonomischen Effizienzanalyse eindeutig beurteilen. Dies wird sich auch dadurch nicht grundsätzlich ändern, dass der Forschung mittlerweile die archivarischen Hinterlassenschaften des SED-Regimes zugänglich sind. Dem Historiker bietet sich durch die Auswertung dieser Quellen aber immerhin die Möglichkeit, neben quantitativen Effizienzmaßstäben auch qualitative Dimensionen von Effizienz zu berücksichtigen. So lässt sich einerseits nach der Wirksamkeit einzelner Maßnahmen, andererseits nach dem Verhältnis von Planung und Planumsetzung insgesamt fragen; Veränderungen in der Zusammensetzung des Gesundheitsbudgets können zumindest auf ihre kurzfristigen Ergebnisse hin untersucht werden. Mit einem derartigen Forschungsansatz ließen sich die Stärken und Schwächen des zentral geplanten Gesundheitswesens in der DDR nicht nur deutlicher herausarbeiten, sondern auch genauer in ihren wirtschaftsgeschichtlichen Kontext einordnen.

39 Vgl. Ludwig, Udo und Reiner Stäglin: Die gesamtwirtschaftliche Leistung der DDR in den letzten Jahren ihrer Existenz - Zur Neuberechnung von Sozialproduktsdaten für die ehemalige DDR. In: Jahrbuch für Wirtschaftsgeschichte 1997/II, S. 55-81; dies.: Das Bruttoinlandsprodukt in der DDR und in der Bundesrepublik Deutschland von 1980 bis 1989 - Quellen, Methoden und Daten. In: Baar, Lothar und Dietmar Petzina (Hrsg.): Deutsch-Deutsche Wirtschaft 1945-1990. Strukturveränderungen, Innovationen und regionaler Wandel. Ein Vergleich. St. Katharinen 1999, S. 530-581. Diese Berechnungen weisen das Bruttoinlandsprodukt durchweg um etwa 20% höher als das in der DDR publizierte und früher für Vergleiche herangezogene „Produzierte Nationaleinkommen“ aus.

40 Vgl. z.B. Ruban, Maria-Elisabeth: Gesundheitswesen in der DDR. Berlin 1981, S. 105.

41 Vgl. zusammenfassend zur Problematik des Vergleichs der west- und ostdeutschen Wirtschaftssysteme Bähr, Johannes: Institutionenordnung und Wirtschaftsentwicklung. Die Wirtschaftsgeschichte der DDR aus der Sicht des zwischendeutschen Vergleichs. In: Geschichte und Gesellschaft 25 (1999), 530-555; sowie, besonders zur Frage realistischer Wechselkurse für die Mark der DDR: Schwarzer, Oskar: Sozialistische Zentralplanwirtschaft in der SBZ/DDR. Ergebnisse eines ordnungspolitischen Experiments (1945-1989), Stuttgart 1999.

42 Vgl. Schneider, Markus u.a.: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Laufende Berichterstattung zu ausländischen Gesundheitssystemen. Übersichten 1997. Augsburg 1998, S. 12f.; zu den Messungsproblemen der „Gesundheitsproduktion“ auch Gäfgen, Gérard: Gesundheitsökonomie. Grundlagen und Anwendungen, Baden-Baden 1990, S. 259ff.

Dazu können hier nur noch einige knappe Hypothesen formuliert werden:

Einerseits erleichterte die planwirtschaftliche Regulierung vermutlich die Durchsetzung zentraler gesundheitspolitischer Konzepte. Zwar waren, insbesondere in den Jahren der sowjetischen Besatzung, auch in der SBZ/DDR eine ganze Reihe von Instanzen an der gesundheits- und wirtschaftspolitischen Entscheidungsfindung beteiligt - neben der doppelten Zentralbürokratie von Staat und SED sind hier besonders Gewerkschaften, regionale Behörden und natürlich die Sowjetische Militäradministration zu nennen. Aber anders als in liberal-demokratischen Systemen musste keine Rücksicht auf die institutionalisierte Gegenmacht von Ärzteverbänden oder Krankenkassen genommen werden, und die Bevölkerung konnte sich einem einheitlichen Angebot an medizinischen Dienstleistungen nicht durch die Auswahl zwischen verschiedenen Krankenkassen entziehen.

Andererseits mussten sich im Gesundheitswesen die charakteristischen Probleme planwirtschaftlicher Systeme besonders deutlich bemerkbar machen: Die materielle Bilanzierung, mittels derer die zentralen Planvorgaben in erster Linie operationalisiert werden mussten, war gerade im Dienstleistungsbereich nur zu einer groben Steuerung der Wirtschaftsabläufe imstande. Die geringe Flexibilität eines Systems, das alle Ressourcen für mindestens ein Jahr im voraus verplante, stieß auf eine Nachfrage nach medizinischen Leistungen, die schwerer voraussehbar war als etwa der Bedarf an Vorprodukten in der Industrie. Und schließlich war die Organisation des Gesundheitswesens nicht möglich ohne die Berücksichtigung lokaler und regionaler Instanzen, deren Informationsvorsprünge und Eigeninteressen den zentralen Konzepten entgegenstehen konnten. Da sich die Komplexität der materiellen Produktbilanzierung nicht bis zu einer beliebigen Feinsteuerung steigern lässt, ist außerdem zu erwarten, dass die zentrale Planung des ostdeutschen Gesundheitswesens im Laufe der Zeit mit zunehmendem Aufgabenspektrum - man denke etwa an den effizienten Einsatz moderner „Apparatemedizin“ - auch zunehmend überfordert war.⁴³

Eine langfristige Überforderung ist schließlich nicht nur für die wirtschaftliche Organisation des Gesundheitswesens zu vermuten, sondern für die staatliche Reglementierung des gesundheitlich relevanten Verhaltens der Bevölkerung insgesamt. Die zentralstaatlich organisierte Präventionspolitik bot zwar eine sehr wirksames Instrumentarium gegen die großen Herausforderungen der Nachkriegszeit wie Infektionskrankheiten oder eine hohe Säuglingssterblichkeit. Gegen „moderne“, durch ungesunde Ernährung oder Drogenkonsum geförderte Zivilisationskrankheiten boten jedoch weder Kontrollen noch gar politische Appelle eine wirksame Handhabe.⁴⁴ Der intensiven Behandlung solcher Krankheiten waren finanzielle Grenzen gesetzt, die auf die Bedeutung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen verweisen. Im Ergebnis konnte die DDR zwar gegenüber der Bundesrepublik erhebliche Vorsprünge bei der Bekämpfung von Tuberkulose oder Poliomyelitis vorweisen, hatte aber eine deutlich höhere Sterbequote nach Herz- und Kreislauferkrankungen zu verzeichnen.⁴⁵

Eine empirische Überprüfung dieser Vermutungen ist durch die üblichen Effizienzanalysen offensichtlich nicht zu leisten. Es bedarf vielmehr detaillierter historischer Forschung, um die Möglichkeiten und Grenzen zentral geplanter, staatlich reglementierter Versorgung mit dem „Erzeugnis“ Gesundheit zu bestimmen. Nicht zuletzt stellt sich dabei die Frage nach dem geeigneten internationalen Vergleichsobjekt: Die DDR war nicht nur ein deutscher Teilstaat, sondern auch Teil des sowjetisch dominierten „Ostblocks“. Der intrasystemare Vergleich mit osteuropäischen Ländern dürfte zur Beurteilung der Stärken und Schwächen ihres Gesundheitswesens in manchen Punkten erhellender sein als der intersystemare Vergleich mit ihrem westdeutschen Gegenpart.

43 Die hier angesprochenen grundlegenden Steuerungsprobleme von Zentralplanwirtschaften sind in der wirtschaftswissenschaftlichen Literatur ausgiebig diskutiert worden. Vgl. als Beleg etwa Dobias, Peter: *Theorie und Praxis der Planwirtschaft*. Paderborn 1977.

44 Süß, *Gesundheitspolitik*, S. 71, 78.

45 Korbanka, *Das Gesundheitswesen der DDR*, S. 141f., 194ff.

V. Fazit

Aus einer Durchsicht der schmalen Forschungsliteratur zu den beiden hier thematisierten Aspekten der Wirtschaftsgeschichte des ostdeutschen Gesundheitswesens lässt sich vor allem ein methodisches Fazit ziehen, nämlich ein Plädoyer für die gründliche historische Analyse. Die wirtschaftliche Effizienz dieses Gesundheitswesens lässt sich mit den üblichen gesundheitsökonomischen Methoden nur sehr unzureichend bewerten. Eine angemessene ökonomische Bewertung gesundheitspolitischer Maßnahmen erfordert deren Einordnung in die wirtschaftsgeschichtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen, unter denen die Medizin in der DDR wirken musste und von denen sie teils bevorteilt, teils in ihren Wirkungsmöglichkeiten beschnitten wurde. Aus der historischen Besonderheit dieser Rahmenbedingungen folgt allerdings auch, dass wohl nur von einer sehr begrenzten Relevanz der DDR als Vergleichsgröße in der aktuellen Diskussion um die Kostenstruktur von Gesundheitssystemen ausgegangen werden kann. Für eine bestimmte historische Phase, nämlich die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg, sind bestimmte Aspekte sicher positiv zu bewerten. Unter den nicht nur ordnungspolitisch, sondern auch hinsichtlich der vorherrschenden Krankheitsbilder deutlich anderen Bedingungen der Gegenwart stellt sich die Frage, ob solche positiven Aspekte ohne größere Widersprüche übernommen werden könnten.

Eine historische Erweiterung der gesundheitsökonomischen Fragestellung würde auch die politischen Reaktionen auf Effizienzdefizite einschließen und bietet daher auch Anschlussmöglichkeiten an die Frage nach den gesundheitspolitischen Prioritätensetzungen in der SBZ/DDR und deren Determinanten. Politische Absichtserklärungen zum Verhältnis von Ökonomie und Gesundheit sagen wenig darüber aus, in welchem Ausmaß medizinische, wirtschaftliche oder machtpolitische Motive für Umfang und Struktur der Ausgaben im Gesundheitswesen sowie für die Entwicklung des Planungssystems maßgeblich waren. Die Frage, ob die medizinische Versorgung und insbesondere das Konzept einer umfassenden Prophylaxe wirtschaftlichen Kriterien letztlich untergeordnet war oder nicht, lässt sich nur am konkreten historischen Fallbeispiel entscheiden. In vielen Fällen reicht dafür vermutlich auch eine Untersuchung der politischen Makroebene nicht aus. Die Wirkung der Gesundheitspolitik auf die davon betroffenen Menschen hing letztlich in entscheidendem Maße davon ab, wie sie auf der Mikroebene implementiert wurde - im Fall des betrieblichen Gesundheitswesens müsste also beispielsweise geklärt werden, wie „Bummelanten“ in der Praxis definiert und welchen Sanktionen sie unterworfen wurden. Die in den hier zitierten Quellen häufig auftauchende Bevorzugung der Erwerbsbevölkerung legt es außerdem nahe, möglichst genau zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen zu differenzieren.

Erst die Ergebnisse solcher Detailforschungen können darüber entscheiden, ob sich der Aufbau des ostdeutschen Gesundheitswesens tatsächlich als qualitativer Neubeginn interpretieren lässt, mithin zumindest einzelne „visionäre“ Gesichtspunkte hatte; oder ob nicht auch hier, wenn auch mit anderen konzeptionellen Ansätzen und in anderer Organisationsform als früher, eben jene Unterordnung der individuellen Gesundheit unter wirtschaftliche Kriterien stattfand, die die führenden ostdeutschen Gesundheitspolitiker grundsätzlich überwinden wollten.

Anschrift:

Ralf Ahrens
Kantstraße 69

10627 Berlin
e-mail: ahrens.ralf@gmx.de

Silke Hübner

Leistungsfähige stationäre Versorgung als gesundheitspolitische Vision in der Nachkriegszeit

Einleitung

Krankenhäuser als Träger der stationären Versorgung nehmen im Panorama gesundheitspolitischer Aufgabenfelder eine wichtige Stellung ein. Nachdem ihre Entwicklung seit dem 19. Jahrhundert geprägt war von einer steigenden Finanzierungsnot wegen nicht kostendeckender Pflegesätze, stand die Gesundheitspolitik nach 1945 nicht nur vor der Aufgabe des Wiederaufbaus der stark zerstörten Krankenhäuser, sondern auch vor dem Problem, die Finanzierungsfrage zu lösen, um der gesundheitspolitischen Vision von einem leistungsfähigen stationären Sektor näher zu kommen.

Obwohl die Fronten in der Diskussion zwischen den beteiligten Gruppen bezüglich der Kostenübernahme der für die Schaffung eines leistungsfähigen stationären Sektors nötigen Mittel klar gesteckt waren - die Krankenkassen leisteten grundsätzlichen Widerstand gegen die von den Krankenhausträgern geforderten vollkostendeckenden Pflegesätze und wurden hier vom Bund unterstützt, der ein Interesse an niedrigen Beitragssätzen hatte -, war man sich im Grunde einig über die Notwendigkeit, einen leistungsfähigen stationären Sektor zu gestalten.

Es stellt sich aber die Frage, von welchen Leistungen der Krankenhäuser in der Reformdiskussion zur Krankenhausfinanzierung ausgegangen wurde, da Leistungen in unmittelbarer Beziehung zu Kosten, als den für die Leistungserstellung notwendigen Ausgaben, und damit auch zur Finanzierung stehen. Gerade für die Ausgestaltung des gesetzlichen Rahmens wäre eine klare Benennung der in Frage kommenden Leistungen wichtig gewesen.

Im Folgenden wird zunächst der Begriff Leistungen definiert und auf das Krankenhaus als Betrieb bezogen sowie das Leistungsspektrum eines modernen Krankenhauses umrissen. Dann wird die Entwicklung des Krankenhauswesens in Deutschland bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges kurz beschrieben, um historische Entwicklungslinien und die Ausgangssituation der Reformdiskussion zu verdeutlichen. Anschließend wird gezeigt, welcher Leistungsbegriff in der Reformdiskussion angewendet wurde und welche Leistungen die Krankenhäuser realiter erbrachten sowie welche Probleme aus differierenden Leistungsbegriffen erwachsen. Abschließend werden die Ergebnisse kurz zusammengefasst.

Leistungen im stationären Sektor

Leistungen des Krankenhausbetriebes

Nach der betriebswirtschaftlichen Definition der Krankenhäuser erbringen diese gemäß ihrem Betriebszweck keine Sachgüter, sondern immaterielle Güter und zwar insbesondere persönliche Dienstleistungen am Patienten.¹

Bei diesen Leistungen² handelt es sich um Diagnoseleistungen, Heilung oder Linderung,

1 Zur betriebswirtschaftlichen Gütereinteilung vgl. Herder-Dornreich, Philipp und Werner Kötz: Zur Dienstleistungsökonomik. Systemanalyse und Systempolitik der Krankenhauspflagedienste. In: Herder-Dornreich, Philipp (Hrsg.): Nicht-Markt-Ökonomik. Märkte, Wahlen, Gruppenverhandlungen. Band 2, Berlin 1972, S. 22. Zur betriebswirtschaftlichen Einordnung der Krankenhäuser vgl. Hermanns, Willi J.: Aufbau und Gütererstellung von Hochschulen und Krankenhäusern. Ein betriebswirtschaftlicher Vergleich öffentlicher Dienstbetriebe. Hamburg 1986, S. 151.

2 Nach betriebswirtschaftlicher Definition sind unter Leistungen die entstandenen Wertzuwächse zu verstehen. Vgl. Heinen, Edmund und Bernhard Dietel: Kostenrechnung. In: Heinen, Edmund: In-

ärztliche Behandlung und pflegerische Betreuung sowie Unterbringung und Versorgung. Nicht alle, aber eine über die Zeit steigende Zahl der Krankenhäuser erbringen darüber hinaus weitere Leistungen an Lehre bzw. Aus- und Weiterbildung von medizinischem und sonstigem Krankenhauspersonal und wissenschaftlicher Forschung.³

Die Entwicklung der Leistungen des Krankenhausbetriebes vom frühen 19. Jahrhundert bis in die Nachkriegszeit

Krankenhäuser als Orte der stationären Versorgung begannen sich als Institution nach unserem heutigen Verständnis erst um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert herauszubilden. Ihre institutionelle Entwicklung sowie ihre Bedeutung für die Entwicklung des modernen Gesundheitswesens wird seit einigen Jahren verstärkt erforscht. Dabei wurde auch die Entwicklung des Leistungsspektrums untersucht.⁴

Die Krankenhausleistungen im 19. Jahrhundert waren auf Pflegeleistungen im weitesten Sinne beschränkt, da es wirksame medizinische Therapien kaum gab.⁵ Auch wenn man die seit den 1850er Jahren einsetzenden Erfolge auf chirurgischem Gebiet berücksichtigt, konnte das Krankenhaus medizinische Leistungen oder Heilerfolge großen Stils bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts nicht anbieten.⁶ Erst im frühen 20. Jahrhundert begann sich das Krankenhaus im Rahmen des Fortschritts der medizinischen Wissenschaft zu einem Ort zu entwickeln, der medizinische Versorgung anbieten konnte. Diagnostische Fortschritte, durch Einsatz von Röntgentechnik, EKG und EEG sowie verbesserter Laboratoriumsmethoden, die Verbesserung von Operationstechniken und Arzneimitteltherapie ermöglichten ein deutlich ausgeweitetes Angebotsspektrum an Diagnose, Heilung und ärztlicher Behandlung, das das Leistungsspektrum der Krankenhäuser mehr und mehr zu prägen begann und sie in die Lage versetzte, Leistungsangebote zu machen, die für immer breitere Bevölkerungsschichten interessant waren.⁷

dustriebetriebslehre. Entscheidungen im Industriebetrieb. 9. vollständig neu bearb. u. erw. Aufl., Wiesbaden 1991, S. 1165-1171.

- 3 Zur Beschreibung des Leistungsspektrums vgl. Eichhorn, Siegfried: Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, Band 1 (= Schriften des Deutschen Krankenhausinstitutes e. V. Düsseldorf, Band 11). 2. Aufl. Stuttgart 1974, S. 13.
- 4 Die Entstehung und Entwicklung des modernen Krankenhauses im 18. und 19. Jahrhundert ist Gegenstand der Forschung zur Sozialgeschichte des Krankenhauses um Alfons Labisch und Reinhard Spree. Vgl. neben dem grundlegenden Aufsatz von Labisch, Alfons und Reinhard Spree: Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland (19. und frühes 20. Jahrhundert). In: *Historia Hospitalum* 19 (1993/94), 287-300, die Sammelbände Labisch, Alfons und Reinhard Spree (Hrsg.): *Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland*. Frankfurt/M. 1995 und Labisch, Alfons und Reinhard Spree (Hrsg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Frankfurt/M. 1996.
- 5 Diese zentrale Bedeutung äußerte sich oft schon in der Namensgebung „Allgemeines Krankenhaus zur Pflege heilbarer Kranker“. Vgl. neben der bereits genannten Literatur auch Jütte, Robert: Vom Hospital zum Krankenhaus: 16.-19. Jahrhundert. In: Labisch/Spree: „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“, S. 25-43.
- 6 Zu den Leistungen des Krankenhauses im 19. Jahrhundert und dem Stellenwert der Chirurgie vgl. Labisch, Alfons und Reinhard Spree: Die Kommunalisierung des Krankenhauswesens in Deutschland während des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. In: Wysocki, Josef (Hrsg.): *Kommunalisierung im Spannungsfeld von Regulierung und Deregulierung im 19. und 20. Jahrhundert*. Berlin 1995, S. 27.
- 7 Besser gestellte Bevölkerungsschichten hatten kaum Interesse an den Pflegeleistungen, da sie sich im Krankheitsfall in familiärer Umgebung in der Regel besser versorgen konnten. Zur Veränderung der Patientenstruktur vgl. Spree, Reinhard: Sozialer Wandel im Krankenhaus während des 19. Jahrhunderts. Das Beispiel des Münchner Allgemeinen Krankenhauses. In: *Medizinhistorisches Journal* 33(1998), 245-291. Zur Beschreibung der Veränderung des institutionellen Charakters des

Zur finanziellen Entwicklung des Krankenhauswesens in Deutschland bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges

Die Ausweitung der vom Krankenhaus angebotenen Leistungen beeinflusste aber auch die Kostensituation. Schon während des 19. Jahrhunderts stand die Entwicklung der Krankenhäuser stark unter dem Einfluss steigender Finanzierungsnöte, die einerseits durch die meist nicht zur Kostendeckung ausreichenden Pflegesätze verursacht wurden.⁸ Andererseits litten die Krankenhäuser bereits unter einem erheblichen Kostendruck, einmal aufgrund der steigenden quantitativen Anforderungen wegen der steigenden Inanspruchnahme der stationären Leistungen, zum anderen aber auch aufgrund des sich ausweitenden Leistungsspektrums und der steigenden qualitativen Anforderungen wegen der Notwendigkeit, technische Verbesserungen durchzuführen und entsprechende Investitionen zu tätigen.⁹ Diese Problematik verschärfte sich im 20. Jahrhundert allerdings noch bedeutend. Die Finanzierungsprobleme wurden besonders massiv, als während der Weltwirtschaftskrise auch die Finanzierung der Krankenhäuser unter der Rezession zu leiden hatte und nachdem ab 1936/37 auch die Pflegesätze dem Verbot der Preiserhöhungen vom 26. November 1936 unterlagen.¹⁰ Die Folgen der so eingeschränkten Finanzierungsmöglichkeiten zusammen mit den Auswirkungen der Materialknappheit und schließlich auch der Zerstörungen¹¹ während des Krieges verursachten nach 1945 eine äußerst desolate Situation des stationären Sektors.¹² Der entstandene Wiederaufbau- und Nachholbedarf bedeutete allerdings einen enormen Finanzierungsbedarf, der die Finanzkraft der Krankenhausträger bei weitem überstieg¹³. An-

Krankenhauses vgl. Howell, Joel D.: *Technology in the Hospital. Transforming Patient Care in the Early Twentieth Century*. Baltimore 1995.

8 Zur Krankenhausfinanzierung vgl. insbesondere Labisch/Spree, *Kommunalisierung*, S. 7-47 und Wagner, Andrea und Reinhard Spree: *The Financial Development of the General Hospital in Munich 1830-1894* (= Münchener Wirtschaftswissenschaftliche Beiträge 99-05). München 1999.

9 Die baulichen und räumlichen Zustände mussten dem wachsenden Patientenstrom und dem Fortschritt der Medizin angepasst werden. Neben Fragen der Hygiene ist hier für das 19. Jahrhundert natürlich auf die Einführung bzw. Verbesserung von Operationssälen zu verweisen. Zu technischaubaulichen Aspekten der Krankenhausgeschichte vgl. Murken, Axel Hinrich: *Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart* (= DuMont Dokumente). Köln 1988.

10 Vgl. Frerich, Johannes und Martin Frey: *Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Band 3: Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland bis zur Herstellung der Deutschen Einheit*. München 1993, S. 73f.

11 Über das Ausmaß der Kriegsschäden gibt es nur Schätzungen, die von etwa 14% zerstörter Betten und aufgrund der Bevölkerungsbewegungen zusätzlich etwa 17% fehlender Betten ausgingen. Wahrscheinlich lagen die tatsächlichen Werte höher. Eine auf Nordrhein-Westfalen bezogene Schätzung ergab einen Zerstörungsgrad von 20%, für Großstädte sogar von 30%. Vgl. Simon, Michael, *Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung* (= Studien zur Sozialwissenschaft 209). Opladen 2000, S. 42.

12 Vgl. vor allem Schindler, Carl: *Grundsätzliches zur Frage der kommenden Vertragsabschlüsse zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen*. In: *Bayerisches Ärzteblatt* 5 (1950), 115-120, der insbesondere auch auf das „rapide Aufholungsbedürfnis in der medizinischen Wissenschaft“ wegen der während des Dritten Reiches entstandenen Entwicklungslücke der deutschen medizinischen Wissenschaft, in Verbindung mit den zugunsten von Rüstungszwecken gekürzten medizinischen Etats, betont (116). Vgl. aber auch Schneider, Carl Franz: *Die Lage der im Wiederaufbau befindlichen Anstalten und der heutige Stand der Anstalts-Finanzierung*. In: *Das Krankenhaus* 42 (1950), 79-82 und Burrmann, Otto: *Aktuelle Krankenhausfragen*. In: *Das Krankenhaus* 44 (1952), 98-102 sowie die Denkschrift aus dem Jahr 1951 von Schindler, Carl: *Zukunftssorgen des deutschen Krankenhauses*. In: *HStAM MInn 89801* und die Denkschrift aus dem Jahr 1954 der Arbeitsgemeinschaft der Privatkrankenanstalten Bayerns bezüglich des Lastenausgleichs für Krankenhäuser. In: *HStAM MInn 89801*.

13 Vgl. dazu Schindler, Carl: *Die Stellung des Krankenhausarztes unter besonderer Berücksichtigung*

dererseits waren die Krankenkassen, die aufgrund der Ausweitung der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personenkreise inzwischen für die Mehrzahl der in den Krankenhäusern versorgten Patienten aufkamen, nicht bereit, Pflegesätze zu vereinbaren, die ausgereicht hätten, den Investitionsbedarf zu decken, da sie die Meinung vertraten, die Bereitstellung der Krankenhausleistungen sei Sache der öffentlichen Hand.

Krankenhausleistungen und gesundheitspolitische Diskussion der Nachkriegszeit

Für die Gesundheitspolitik stellte sich die Aufgabe, zwischen den Interessen zu vermitteln. Das wichtigste Ziel bei diesen Bemühungen war es, für ein leistungsfähiges Krankenhauswesen zu sorgen, das als gesundheitspolitisches Ideal nicht in Frage gestellt wurde. Dabei wurde allerdings selten explizit thematisiert, zu welchen Leistungen das Krankenhaus genau befähigt werden sollte. Bezog sich die Leistungsfähigkeit auf mehr quantitative Aspekte, also eine ausreichende Zahl von Krankenhausbetten, oder sollte eine qualitativ hochwertige Versorgung gesichert, also die sich ständig verbessernden Möglichkeiten der medizinischen Diagnose und Therapie zur Verfügung gestellt werden?

Untersucht man Schrifttum und archivarisches Material der beteiligten Gruppen zur Diskussion über die Krankenhausfinanzierung zwischen 1945 und 1970 so wird ersichtlich, dass der Leistungsbegriff sehr deutlich auf pflegeorientierte Größen wie die Bettenzahl bezogen wurde.

Kriegsende und die erste Nachkriegszeit waren auch in der Tat von Bettennot geprägt.¹⁴ Dies lag zum einen an den durch Kriegseinwirkungen verloren gegangenen Betten sowie an den veränderten Nachfragestrukturen. Flüchtlinge und Vertriebene erhöhten die Bevölkerungszahl und auch den Bettenbedarf. Zudem waren die in dieser Zeit auftretenden Erkrankungen auch durch den allgemein verschlechterten Gesundheitszustand bedingt, so dass die Leistungen der Krankenhäuser zunächst durchaus wieder pflegeorientiert waren.¹⁵ Die wegen des Mangels an Pflegekapazitäten - Betten und auch Pflegepersonal - bis in die 1960er Jahre aufgestellten sogenannten „Notbetten“ beeinflussten die Diskussion ebenfalls in Richtung auf die Bettenzahlen.¹⁶

Dies entsprach aber nicht mehr der Realität der stationären Versorgung. Schon in der frühen Nachkriegszeit wurde vonseiten der Krankenhausträger und von ärztlicher Seite neben der Zahl fehlender Betten nachdrücklich auf das Fehlen von Gebrauchsartikeln, Ausstattungsgegenständen, technischen und elektromedizinischen Apparaten sowie an medizintechnischem Verbrauchsmaterial wie Röntgenröhren und -filmen verwiesen.¹⁷ In den 1950er

der derzeitigen wirtschaftlichen Notstände der Krankenhäuser. In: Bayerisches Ärzteblatt 4 (1949), 31-34, der hier die auch an anderer Stelle oft geäußerte Ansicht vertritt, dass die Währungsumstellung den Anstalten die letzte Möglichkeit genommen habe, Investitionen aus eigenen Mitteln zu bestreiten.

14 Vgl. die Berichte der Militärregierung, z.B. den Bericht vom 17. Juni 1946 des Office of Military Government for Bavaria. In: HStAM MInn 89798.

15 Vgl. dazu Krieger, Konrad: Krankenstand und Nahrungsmittel-Spielraum seit Juni 1948: „Flucht aus der Krankheit“. In: Bayerisches Ärzteblatt 4 (1949), 257f.

16 Vgl. die Berichte zur Lage des Krankenhauswesens in den Akten des bayerischen Innenministeriums, zum Krankenhauswesen (Generalia) 1944-1963; Band 1-8 (1944-1963), HStAM MInn 89798-89805 sowie zum bayerischen Krankenhausgesetz 1949-1958, HStAM MInn 89818 und 1953-1970, HStAM MInn 89820. Sicherlich ein wichtiger Grund für diese Haltung war die im Krankenhauswesen herrschende Tradition eines Leistungsvergleiches über Krankenhauskennziffern wie Bettenzahl pro Kopf und Verweildauer, die nach dem Krieg verstärkt auch auf internationaler Ebene angewendet wurde, nachdem die Veröffentlichungen der WHO entsprechende Vergleichsdaten zur Verfügung stellten.

17 Vgl. z.B. Denkschrift der Arbeitsgemeinschaft für das Krankenhauswesen in Bayern über die Notzustände in den Bayerischen Krankenanstalten vom 3.3.1948. In: HStAM MInn 89798 sowie die Stellungnahmen des kommunalen Krankenhausträgers Stadt München im Bestand Bürgermeister

Jahren, verstärkt seit den 1960er Jahren, begann die wissenschaftlich-technische Durchdringung der Medizin zu einer zuvor nicht gekannten Ausdifferenzierung der medizinischen Spezialdisziplinen in den Krankenhäusern zu führen. Der Ausbau der Funktionsabteilungen, das heißt von Röntgenabteilungen, EKG-Abteilungen und von OP-Räumen wurde zu einer wichtigen Forderung der ärztlichen Seite.¹⁸

Ausbauprobleme, Modernisierungsfragen und die Notwendigkeit der Integration medizinischen Fortschritts in die Krankenhäuser waren den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern auch bekannt. Z.B. wurden verschiedene Erhebungen zur Untersuchung des Ausstattungsgrades der bayerischen Krankenanstalten durchgeführt, die auf ein grundsätzliches Interesse an Ausstattungsfragen schließen lassen.¹⁹ Auch im Rahmen der Regelungen der Bundespflegesatzverordnung vom 31. August 1954 wurde dieser Aspekt thematisiert.²⁰ Die qualitativen Aspekte wurden demnach von politischer Seite durchaus wahrgenommen.

Es kam aber nicht zu einer nachhaltigen Veränderung der Einschätzung des institutionellen Charakters des Krankenhauses durch die politischen Entscheidungsträger, der Wandel von einer Einrichtung zur „Pflege heilbarer Kranker“ zu einem „medizinischen Leistungszentrum“ wurde nicht in die Gestaltungsüberlegungen einbezogen. Diese bedeutete nicht nur, dass entsprechend die Kosten für die medizinischen Leistungen beim Ansatz des Finanzierungsbedarfs unterschätzt wurden. Auch die Veränderung der Inanspruchnahme der Krankenhausleistungen im Rahmen der veränderten Angebote wurde so zu wenig berücksichtigt, obwohl eine Nachfragesteigerung aufgrund der medizinischen Entwicklung vonseiten der Krankenhausträger durchaus prognostiziert wurde.²¹

In der Konsequenz folgte daraus eine Fehleinschätzung der Kostenentwicklung, die den Erfolg der nach gut 25 Jahren Diskussion endlich vorgenommenen Finanzierungsreform des Krankenhauswesens von vorneherein in Frage stellen musste.

Zusammenfassung

Krankenhäuser modernen Zuschnitts entstanden um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert und waren in ihrem Leistungsangebot zunächst stark auf Pflegeleistungen beschränkt. Im frühen 20. Jahrhundert begann sich der Leistungskatalog auszuweiten. Bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hatte sich das Krankenhaus zur Institution der modernen stationären Versorgung entwickelt und trat als Anbieter heterogener Leistungen auf, die in ihrer Komplexität die Kostenstruktur nachhaltig beeinflussten.

und Rat in den Protokollen des Gesundheitsausschusses von 1947, StdAM Ratsitzungsprotokolle 720/9 und 1954, StdAM Ratsitzungsprotokolle 727/11 sowie im Bestand Krankenanstalten mit den Jahresberichten der städtischen Krankenhäuser 1956-1961, StdAM Krankenanstalten 30a.

18 Vgl. Simon, Krankenhauspolitik, S. 51 und die Verbandszeitschrift Der angestellte Arzt, insbesondere die Jahrgänge 15 (1962) bis 21 (1968) und die Jahrgänge 22 (1969) bis 25 (1972) des Nachfolgeblattes Der Arzt im Krankenhaus und im Gesundheitswesen. Monatsschrift des Marburger Bundes, ebenso wie die Jahrgänge des Bayerischen Ärzteblattes 18 (1963) bis 24 (1969).

19 Vgl. z.B. Übersicht über die Ausstattung der Krankenanstalten Bayerns für das Jahr 1951 in den Akten des bayerischen Innenministeriums zum Krankenhauswesen (Generalia) Band 4, 1951-1952, HStAM MInn 89801.

20 Vgl. die Stellungnahmen der bayerischen Regierung zum Vollzug der Bundespflegesatzverordnung in den Beständen des Wirtschaftsministeriums, Vollzug der BPfIV 1956-1970, HStAM MWi 23383. Die Verordnung beinhaltete die Regelung, dass die Selbstkosten grundsätzlich durch die Pflegesätze gedeckt werden sollten. Allerdings durften bestimmte Kosten, insbesondere die Kosten für die Deckung des Nachholbedarfs oder der Beseitigung von Kriegsschäden nicht berücksichtigt werden. Vgl. Frerich/Frey, Handbuch Band 3, 1993, S. 74 und Simon, Krankenhauspolitik, S. 47.

21 Vgl. dazu etwa die Denkschrift des Hessischen Ministeriums für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheit, zur Krankenhaus-situation in Hessen von 1961, enthalten in den Akten des bayerischen Innenministeriums, Krankenhauswesen (Generalia), Bd. 8 (1961-1963), HStAM MInn 89805.

Die Gesundheitspolitik verfolgte nach dem Zweiten Weltkrieg zwar das Ziel, eine leistungsfähige stationäre Versorgung zu schaffen. Allerdings vernachlässigten die politischen Entscheidungsträger den institutionellen Wandel des Krankenhauses von einer Pflegeinstitution zu einem medizinischen Leistungszentrum und orientierten ihre Gestaltungsüberlegungen und die schließlich durchgeführte Reform von 1972 zu sehr an den traditionellen Vorstellungen des Krankenhauses als pflegeorientierter Institution.

Die so entstandene Diskrepanz zwischen den Leistungen, zu denen das Krankenhaus befähigt werden sollte, und den Leistungen, die das Krankenhaus tatsächlich erbrachte, führte zu einer Fehleinschätzung des Finanzierungsbedarfs und muss damit als mitverantwortlich für das Scheitern der Krankenhausfinanzierungsreform von 1972 gesehen werden.

Anschrift:

Silke Hübner
Ludwigstr. 33/III

80539 München
e-mail: s.huebner@swg.vwl.uni-muenchen.de

DAGMAR ELLERBROCK

Zwischen Tradition und Innovation – „Öffentliche Gesundheit“ und „Public Health“

Seit Ende der 1980er Jahre ist Bewegung in den traditionsreichen deutschen Gesundheitssektor gekommen. An inzwischen acht deutschen Hochschulen wurden Public Health Studiengänge gegründet, die sich überaus schnell in fünf Forschungsverbänden zusammengeschlossen haben und ihre Ergebnisse mittlerweile raumgreifend in eigenen Zeitschriften publizieren¹. Worum handelt es sich bei dieser Wissenschaft? Ist sie eine Wiederbelebung der Sozialhygiene unter einem neuen - in Zeiten zunehmender Anglizismen - die Akzeptanz steigenden Namen oder in der Tat eine neue Disziplin?

Um herauszufinden, was dieses vermeintlich neue Fach Public Health eigentlich sei, scheint es sinnvoll zu klären, wie die Akteure der Disziplin selbst die Relation von Neuanfang und Tradition beschreiben. Bernhard Badura, Professor für Sozialepidemiologie und Gesundheitssystemgestaltung an der neugegründeten Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld beschreibt Public Health noch 1996 als eine in Deutschland „blutjunge Disziplin“². Im Gegensatz dazu will Johannes Siegrist Public Health gar nicht als „eigenständige, neue Disziplin“ verstanden wissen und benutzt Public Health schlichtweg als Synonym für Gesundheitswissenschaft.³ Explizit an die gesundheitswissenschaftliche Begriffsbildung der 20er Jahre knüpfen dagegen Hurrelmann und Laaser in ihrem 1993 herausgegebenen *Handbuch der Gesundheitswissenschaften* an und schlagen in Anlehnung an Gottstein, Schlossmann und Teleky den Begriff der *Gesundheitswissenschaften* vor.⁴ Diese Begriffsbildung sei - so bekennen die Herausgeber freimütig - aus einem sprachlichen Dilemma heraus erfolgt, da die wörtliche Übersetzung der englischen Vorbild-Disziplin Public Health als *öffentliche Gesundheit* unbefriedigend sei und andere Übertragungen wie z.B. *Bevölkerungsmedizin* oder *öffentliches Gesundheitswesen* sachlich unzutreffend wären.⁵ In der Tat bestehen noch immer - wie Dietrich Milles und Rainer Müller es 1991 beschrieben – „begriffliche Unsicherheiten“, was in der deutschen Sprache mit Public Health gemeint sei.⁶ Die von Hurrelmann und Laaser vorgeschlagene Orientierung am Begriff der Gesundheitswissenschaft und sein im Plural ausgedrückter Verweis auf moderne Interdisziplinarität stoßen innerhalb der scientific community auf Widerspruch und

1 Aufgrund der Kürze der Zeit skizziere ich nachfolgend nur zwei Eckpunkte einer Entwicklung, die tatsächlich bereits im Kaiserreich beginnt und mit der Etablierung der bundesdeutschen Sozialmedizin der 1960er Jahre und der Sozialhygiene in der DDR viel differenzierter verläuft, als ich es hier auf wenigen Seiten präsentieren kann.

2 Auf Initiative des Bundesministeriums für Forschung und Technologie wurden ab 1989 fünf Public Health Verbände und sieben Studiengänge institutionalisiert. Vgl. Häfner, Heinz: Public health in Geschichte und Gegenwart. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 4 (1996), 303-317, hier 315. Auch die DFG richtete zwei Sonderforschungsbereiche ein (Nr. 116 und 258).

3 Siegrist, Johannes: Ziele und Inhalte des Zusatzstudienganges „Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin“ der Universität Düsseldorf. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1 (1993), 185-190, hier 186. Zu dieser Debatte vertiefend: Schmacke, Norbert: Die Herausforderung des Public Health-Konzeptes für die Gesundheitsämter. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 5 (1997), 56-62.

4 Hurrelmann, Klaus und Ulrich Laaser (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften, Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim 1993, S. VIII. Gottstein, Schlossmann und Teleky, Vorwort vom Handbuch der sozialen Hygiene, Berlin 1925.

5 Ebd.

6 Milles, Dietrich und Rainer Müller: „Public Health-Forschung und Gesundheitswissenschaften“. In: Deppe, Hans-Ulrich, Friedrich Müller und Rainer Müller (Hrsg.): Öffentliche Gesundheit - Public Health. Konzepte und Diskussionen in der deutschen Geschichte. Frankfurt/M. 1991, S. 7-14, hier S. 7.

abweichende Konzepte. So spricht Heiko Waller in seinem 1995 erschienenen Lehrbuch von *Gesundheitswissenschaft* ohne Verweise auf Gottstein und Koautoren, allerdings mit dem Hinweis, dass der Singular eine neuartige Einzelwissenschaft repräsentiere.⁷ Während also die einen die neue Disziplin, die sich aus vielen Einzelwissenschaften konstituiere, nur unscharf am Horizont zu erkennen vermögen und sich vorsichtig im sprachlichen Plural nähern, haben andere schon eine scharf konturierte neue Gesundheitswissenschaft ausgemacht. Auch wegen dieser Diversität bedarf die neugegründete *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/Journal of Public Health* - wie die Herausgeber ausführen - der Rechtfertigung und offenbar vor allem der flankierenden englischsprachigen Benennung.

Obschon die begriffliche Verortung also noch nicht vollständig abgeschlossen scheint, gibt es über einen anderen Aspekt keinerlei Zweifel: Der Referenzpunkt USA ist allgegenwärtig, nicht nur Bernhard Badura betont die „unbestrittene Führungsrolle der USA in den Gesundheitswissenschaften“, die zu einer Orientierung an den „USA mit ihren weit über 20 schools of Public Health“ geführt habe⁸, auch Hurrelmann und Laaser verweisen auf die Public Health School der Johns Hopkins University⁹, Ursel Brößkamp bezeichnet die USA, Großbritannien und Kanada als die traditionellen Public Health Länder¹⁰, und auch der Fächerkanon der Public Health Studiengänge entspreche - so Schuch und Koppisch - den Grundlagen und Wahlfächern der *postgraduate studies* in den USA.¹¹ Die Referenzen ließen sich endlos fortsetzen, im ganz wörtlichen Sinne gibt es kaum einen Artikel, der keine Verweise auf das amerikanische Vorbild anzubringen wüsste.

Dieser fast schon postmodern anmutende intertextuelle Permanentbezug ist keinesfalls so natürlich wie er auf den ersten Blick scheint, ist doch die Geschichte der vermeintlich neuen Public Health Disziplin nicht so erfolgreich, jung und dynamisch wie die jüngsten Veröffentlichungen glauben machen wollen: Ganz im Gegenteil, die jüngere Geschichte deutscher Public Health Rezeption startet mit einem fulminanten Desaster bzw. sie startet gar nicht.

Bereits seit Sommer 1947 war die Gründung einer Public Health School in Deutschland in der Diskussion. Diese Initiative der amerikanischen Besatzungsmacht stand unter der Zielsetzung to „stimulate democratic ideas and practices“ im deutschen Gesundheitswesen und wurde aus dem „reorientation program“ der Civil Affairs Division der Militärregierung finanziert.¹² Um die Finanzierung der neu zu gründenden deutschen Public Health School zu ermöglichen, hatte sich die amerikanische Militärregierung intensiv darum bemüht, das In-

7 Waller, Heiko: *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Theorie und Praxis*. Stuttgart 1995, S. 7.

8 Badura, Bernhard: Zwischenbilanz zur Public Health-Forschung in der Bundesrepublik. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 4 (1996), 299-302, hier 299. Nicht berücksichtigt wird hier der unbestreitbare Einfluss britischer Vorbilder, der bisher ebenfalls noch nicht von der Forschung analysiert wurde. Ebenso steht ein systematischer Vergleich der Wiederbelebung bzw. Rezeption sozialhygienischer Traditionen zwischen den verschiedenen Besatzungszonen bisher aus.

9 Hurrelmann/Laaser, 1993, S. VIII.

10 Brößkamp, Ursel: Die Professionalisierung der GesundheitswissenschaftlerInnen. In: *Forum Gesundheitswissenschaften* 3 (1992), 50-54, hier 51.

11 Scheuch, K.: Postgraduiertenweiterbildung „Gesundheitswissenschaften - Public Health“ an der Medizinischen Akademie „Carl-Gustav-Carus“ Dresden. In: *Forum Gesundheitswissenschaften* 3 (1992), 31-42, hier 35.

12 „The need for stimulating democratic ideas and practices is being met by the creation of a new program which has been approved by the Military Governor and which concerns all of the major division of the Office of Military Government for Germany [...] Related fields [...] as public health, [...] are also integral parts of the Civil Administration Division program.“ RG 260, OMGUS, 5/332-2/17, OMGUS, Letter Edward H. Lichtfield, Director CAD, to Dr. John B. Grant, Rockefeller Foundation, International Health Division - Director for Europe, S. 2. Dort auch eine ausführliche Darstellung des Programms.

teresse der *Rockefeller Foundation* zu wecken,¹³ und damit eben die Institution gewinnen können, die 30 Jahre zuvor in den USA ein wichtiger Geburtshelfer der Public Health Schools gewesen war und die Gründungsfinanzierung der *Johns Hopkins School of Public Health* und der *Harvard Public Health School* bestritten hatte.

Im Juni 1947 war J. H. Bauer, Leiter des Büros der *Rockefeller Foundation* in Paris, nach einer Reise durch die US-Zone, zu dem Ergebnis gekommen, dass Heidelberg am besten als Sitz der neuen Institution geeignet wäre, da die Stadt nahezu unzerstört geblieben sei und außerdem - noch wichtiger - das Durchschnittsalter der Professoren deutlich niedriger liege als an anderen medizinischen Fakultäten, was darauf hoffen ließe, dass dort „more progressive spirit than [...] elsewhere“ zu finden sei. Aus diesem Grund hoffte Rockefeller in Heidelberg Begeisterung und Unterstützung für sein Projekt zu finden¹⁴. Im Frühjahr 1948 war das Vorhaben in greifbare Nähe gerückt, und die Offiziere der Militärregierung forderten die Universität Heidelberg auf, ein Konzept für die geplante Public Health School vorzulegen¹⁵. Bei einer Zusammenkunft mit Vertretern der Universität Heidelberg, der Rockefeller Foundation, OMGUS, des württemberg-badischen Innenministeriums im März 1948 in Heidelberg, sollten die Pläne konkretisiert und das neue Institut auf den Weg gebracht werden.

Bei diesem Treffen stellte sich jedoch heraus, dass die deutschen Vorarbeiten viel zu vage und diffus waren, um überhaupt einen formalen Antrag an die *Rockefeller Foundation* stellen zu können. Zwar war die Idee einer universitären Public Health School von den verantwortlichen Professoren der Universität Heidelberg grundsätzlich begrüßt worden, allerdings waren bisher keine weiteren Schritte in die Wege geleitet worden. Weder lag ein schriftlich ausgearbeitetes Konzept vor, noch waren offizielle Anträge an das Stuttgarter Innenministerium zwecks Gründung einer derartigen Institution gestellt worden, so dass die Kommission das Treffen ohne jeden Erfolg abbrechen musste.¹⁶ Die Public Health Branch, die gemeinsam mit Vertretern der Rockefeller Foundation bis zum März 1948 bereits erhebliche Vorarbeiten für die Gründung einer Public Health School in Heidelberg geleistet hatte, zeigte sich zutiefst enttäuscht über die Entwicklung und brach alle weiteren Versuche, neuartige Public Health Modelle in Deutschland zu institutionalisieren, ab¹⁷.

13 Siehe dafür z.B. den in den Akten der hessischen Militärregierung überlieferten Schriftwechsel zwischen OMGUS und der *Rockefeller Foundation*. RG 260, 390/42/33/4-5, Militärregierung-Hesse, Public Health and Public Welfare Branches; ebenso in RG 260, 390/42/33/4-5, Box 548, OMG-Hesse Public Health and Public Welfare Branches; weitere Beispiele in RG 260, 5/332-2/17, OMGUS, Memorandum: Request for Aid from Rockefeller Foundation.

14 RG 260, 390/42/33/4-5, box 548, OMG-Hesse Public Health and Public Welfare Branches, Letter J.H. Bauer Rockefeller Foundation to Colonel Marshall, OMGUS, 12. June 1947.

15 „In an attempt to bring the level of Public Health administration of the German Stadt, Land, Kreise and local Public Health organizations up to that of modern accepted standards, and to teach up-to-date techniques and procedures, the University of Heidelberg ist being encouraged to establish a modern School of Public Health that would compare favorably with a present day Grade A School of in the U.S. or England.“ RG 260, 390/42/33/4-5, Militärregierung-Hesse, Public Health and Public Welfare Branches, Anlage zu Brief Milton Muelder to John B. Grant, Rockefeller Foundation, International Health Division – Director for Europe, refering to cultural Exchange programm, Medical education in Germany, increasing of public health, 22 July 1948.

16 RG 260, 390/42/33/4-5, OMG-Hesse Public Health and Public Welfare Branches, Report on Meeting held in Heidelberg, Württemberg-Baden on 1 March 1948, subject: founding of a School of Hygiene and a College of Nursing.

17 Aus den OMGUS-Akten lässt sich nicht erschließen, warum sich die Heidelberger Universität diese Gelegenheit, mit großzügiger finanzieller Unterstützung ein neues Institut zu begründen, entgehen ließ, zumal sie diesen Antrag außer Konkurrenz stellen konnte, da alle anderen medizinischen Fakultäten in der amerikanischen Besatzungszone als nicht geeignet für die Neugründung einer solchen Ausbildungsstätte eingestuft worden waren. RG 260, 390/42/33/4-5, Box 548, OMG-Hesse Public Health and Public Welfare Branches, Letter J. H. Bauer, Rockefeller Foundation, to Colonel Marshall, OMGUS, 12 June 1947, S. 3.

Statt dessen wurden im Rahmen des *cultural exchange* Programms junge ambitionierte Deutsche in die USA geschickt, um dort an den renommierten Public Health Schools eine adäquate Ausbildung zu erhalten, mit der sie nach Deutschland zurückkehren und dortige Public Health Projekte voranbringen sollten¹⁸.

Ob die medizinische Fakultät der Universität Heidelberg überhaupt nicht an der Gründung einer Public Health School interessiert war und sich der Angelegenheit mit Hilfe rudimentärer Konzepte zu erledigen suchte, kann momentan noch nicht beantwortet werden. Offenbar aber fanden Initiativen, die im Bereich der Sozialhygiene angesiedelt waren, in den Nachkriegsjahren wenig Fürsprecher. Angesichts der großen Aufgabe, die Restauration der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Weg zu bringen und Reformeingriffe in diesem Bereich abzuwehren, hatten deutsche Gesundheitspolitiker keine Energien für neue Projekte. Damit scheiterte ein erster Versuch, amerikanische Public Health Modelle zu übertragen, obwohl das amerikanische Vorbild - wie sich an der einstimmig positiven aktuellen Rezeption durch die jüngere deutsche Public Health Bewegung ablesen lässt - durchaus attraktiv war. Wodurch war dieses amerikanische Public Health Konzept charakterisiert? Lässt sich mit Hilfe des spezifischen Profils der amerikanischen Public Health Wissenschaften erklären, welche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Übertragung des Modells notwendig waren?

Im Gegensatz zur deutschen Sozialhygiene, die eine enge Verbindung zur kommunalen Gesundheitspflege auswies, hatte sich nach dem Ersten Weltkrieg in den USA eine wissenschaftliche Gesundheitsfürsorge etabliert, die nicht mehr aus der Praxis der städtischen Gesundheitsämter hervorging, sondern an universitären Fakultäten gelehrt wurde.¹⁹ Die neue Public Health Wissenschaft war forschungsorientiert, naturwissenschaftlich und interdisziplinär ausgerichtet und hatte das Ziel, ein professionelles Public Health-Berufsfeld zu etablieren²⁰. Damit hatten die USA ein Public Health-Modell entwickelt, das die gesundheitspolitische Diskussion der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts bestimmen sollte. Wieso scheiterte eine Übertragung des amerikanischen Public Health Modells 1947, während seit den 1980er Jahren Public Health Wissenschaften in Deutschland scheinbar mühelos Fuß fassen konnten?²¹

Die Position der Besatzungsoffiziere war 1945 von der neuen politischen Rolle der USA bestimmt. Dabei entsprach die Negation von gesundheitspolitischen Strukturen der Weimarer Republik durchaus dem amerikanischen Demokratisierungskonzept, das als demokratisches Vorbild stets auf das amerikanische Leitbild und an keiner Stelle auf das politisch gescheiterte Weimarer Modell verwies.²² Die nach 1945 angestrebte Demokratisierung sollte einerseits umfassend sein und bis in die Sprache reichen und musste sich andererseits doch unter den Bedingungen von Traditionen, sachlichen, örtlichen und räumlichen Kontinuitäten bewähren. Offenbar kam in dieser Situation der Benennung ein hohes symbolisches Gewicht zu, da sich in ihr die Herleitung, der fachliche, nationale und kulturelle Referenzpunkt, offenbarte. Public Health wurde von der Militärregierung daher als anglo-amerikanisches Konzept eingeführt. Neben institutionellen Neugründungen hätte ein Alternativkonzept darin bestanden, deutsche Sozialhygieniker, die während des Krieges emigriert waren, gezielt auf Lehrstühlen an deutschen Hochschulen zu platzieren. Amerikanische Besatzungspolitik entzog sich bekanntermaßen nach einer weiträumig

18 RG 260, 390/42/33/4-5, Militärregierung-Hesse, Public Health and Public Welfare Branches, Letter H. T. Marshall, Public Health Branch, to Rockefeller Foundation, 6 Feb. 1948.

19 Duffy, John: *The Sanitarians. A History of American Public Health*. Urbana 1992, S. 251–254.

20 Detaillierter zum Hopkins-Modell siehe Fee, 1987, S. 235.

21 Laaser, Ulrich und P. Wolters: Grundsätze eines Public Health-Studiums in Bielefeld. In: Ulrich Laaser; P. Wolters und Franz Xaver Kaufmann (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung. Aktuelle Modelle für eine Public Health-Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin u.a. 1990, S. 137-150, hier S. 137.

22 Britische Gesundheitspolitik schien in dieser Hinsicht sensibler zu sein. Eine auf Initiative der Briten gegründete Public Health School in Niedersachsen wurde in der BRD als sozialhygienische Akademie fortgeführt.

begonnenen Entnazifizierung jeglicher weiteren Einflußnahme. Weder personell noch strukturell intervenierten die USA gegen deutsche Restaurationsmaßnahmen. Die Gründe dafür sind von der Forschung differenziert erörtert worden.²³ Am Beispiel der Public Health Wissenschaften lässt sich darlegen, dass eine Reform der deutschen Gesellschaft unter Rückgriff auf Weimarer Traditionen von der amerikanischen Besatzungsmacht ausdrücklich nicht gewünscht wurde. Anders ist nicht zu erklären, warum amerikanische Besatzungsoffiziere, obwohl sie mit Franz Goldmann einen in Fragen der Sozialhygiene kompetenten Spezialisten als zentralen gesundheitspolitischen Berater beschäftigten, diesen Zusammenhang konsequent ausblendeten.²⁴ Die zu institutionalisierenden Public Health Wissenschaften sollten demokratisch, unbelastet aller deutschen Traditionen und vor allem amerikanisch sein.

Auch aus deutscher Sicht war Public Health offenbar ein fremdes Modell, das nur noch für einige wenige Fachkundige sozialhygienische Elemente beinhaltete und dessen Institutionalisierung hinter der Restauration ur-deutscher Institutionen wie z.B. der gesetzlichen Krankenversicherung zurückstehen musste.

Dass der Benennung große symbolische Bedeutung zukommt, bestätigen auch Hurrelmann und Laaser, die sich für eine Übersetzung des Terminus Public Health ins Deutsche aussprechen um die „Identität des Wissenschaftsgebietes zu sichern“²⁵. Welche Schlüsse sind nun aus diesen Sprachregelungen zu ziehen? Sind Gesundheitswissenschaften und Public Health gleiche Disziplinen in einem unterschiedlichen nationalen Kontext oder sind sie ungleiche Schwestern mit maßgeblichen inhaltlichen und konzeptionellen Differenzen?

Betrachtet man die Programmatik beider Disziplinen, so sind Sozialhygiene und Public Health durch vielfältige Gemeinsamkeiten verbunden - von einer großen Gewichtung der Prophylaxe über Gesundheitsaufklärung und -erziehung, wissenschaftlicher Erforschung von Gesundheitsrisiken bis zur Frage nach den gesellschaftlichen Kontexten von Erkrankungen. Die Differenzen scheinen damit weniger sachlicher Natur zu sein als im institutionellen Kontext zu liegen. Dieser ist in den USA naturwissenschaftlich universitär geprägt, während für die Sozialhygiene der Weimarer Republik der kommunale Bezugsrahmen zentral war. Die deutsche Public Health Wissenschaft - so scheint es auf den ersten Blick - nimmt mit der Gründung von Public Health Studiengängen die universitäre Prägung der amerikanischen Disziplin auf, vernetzt sie aber stark regional²⁶ und gibt dafür zum Teil auch die in den USA übliche, ausgeprägte Anbindung an die medizinischen Fakultäten auf.²⁷

23 Niethammer, Lutz: Entnazifizierung in Bayern - Säuberung und Rehabilitation unter amerikanischer Besatzung. Frankfurt 1972; Rauh-Kühne, Cornelia: Die Entnazifizierung und die deutsche Gesellschaft. In: Archiv für Sozialgeschichte 35 (1995), 35-70; Aumüller, Gerhard, Hans Lauer und Helmut Remschmidt (Hrsg.): Kontinuität und Neuanfang in der Hochschulmedizin nach 1945. Marburg 1997; Loth, Wilfried (Hrsg.): Verwandlungspolitik. NS-Eliten in der westdeutschen Nachkriegsgesellschaft. Frankfurt/M. u.a. 1998.

24 OMGUS, RG 260, 17/247-2/11, OMGUS. Franz Goldmann, M. D. Visiting Consultant: Goldmann, Franz: Die Leistungen der deutschen Krankenversicherung im Lichte der sozialen Hygiene, mit einer Einführung des Internationalen Arbeitsamtes Berlin 1928; Antoni Christine: Sozialhygiene und Public Health. Franz Goldmann (1895-1970) (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Heft 78). Husum 1997.

25 Hurrelmann, Klaus und Ulrich Laaser (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim 1993, S.VIII.

26 So neben vielen anderen z.B. Siegrist, Ziele, S. 185.

27 In diesem Sinne bemerkenswert ist, dass der erste Public Health Studiengang in Bielefeld institutionalisiert wurde und damit eben an einer Universität, die keine medizinische Fakultät besaß. Zur Kooperation mit regionalen Praxiseinrichtungen siehe: Schnabel, P.-E.: Drei Jahre Zusatzstudiengang „Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung (Public Health)“ in Bielefeld. In: Forum Gesundheitswissenschaften 2 (1991), 95-122, besonders 98f.

Derartige Überlegungen, die nach dem Profil der deutschen Public Health-Disziplin suchen, sind indes bisher in den Zeitschriften und Handbüchern kaum zu finden.²⁸ Vielmehr orientieren sich die neu eingerichteten Public Health-Ausbildungsgänge verbal und nominell an ihren amerikanischen Vorbildern, ohne dass eine explizite Diskussion um Ähnlichkeiten, Unterschiede und differente historische Entwicklungslinien geführt würde. Auf diese Weise macht sich die Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik amerikanische Modelle, amerikanische Benennungen und amerikanische Reputationen zu eigen, verbindet diese mit deutschen Traditionen und entkleidet sie damit partiell ihres amerikanischen Gehalts, ohne indes über diesen Prozess einer differenten Aneignung zu reflektieren.²⁹ Gleichzeitig fanden sich in der bundesdeutschen Diskussion der 1980er Jahre trotz vieler inhaltlicher Anlehnungen an sozialhygienische Überlegungen nur wenig nominelle Bezüge auf das einst so erfolgreiche Konzept der Sozialhygiene, das sowohl inhaltlich wie auch systematisch problemlos kompatibel wäre. Wie sind diese Auslassungen zu erklären?

Der Aufschwung sozialhygienischer Konzepte war nach dem Ersten Weltkrieg stark durch den Kriegsverlust motiviert gewesen. Mithilfe sozialhygienischer Interventionsstrategien sollten die Volkskrankheiten bekämpft, die Säuglingssterblichkeit gesenkt, die Geburtenrate erhöht und so nationale Stärke befestigt wird.³⁰ Eine sozialhygienisch orientierte Gesundheitsfürsorge sollte angesichts mangelnder Therapiemöglichkeiten die Folgen der Weimarer Wirtschaftskrisen kompensieren und den Geburtenrückgang durch Maßnahmen positiver Eugenik mildern.

Auch nach dem Zweiten Weltkrieg bestand das Bedürfnis, die Volkskrankheiten zu bekämpfen und die Säuglingssterblichkeit zu senken. Inzwischen war jedoch die kurative Medizin mit Penicillin und BCG auf dem Höhepunkt ihrer Erfolge und fand in Deutschland ein für ihren Maßnahmenkatalog maßgeschneidertes System der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Medizinisch gesehen dienten Public Health nach dem Zweiten Weltkrieg und Sozialhygiene nach dem Ersten Weltkrieg analogen Zielen. Wie sich im Konzept der Sozialhygiene nach dem Ersten Weltkrieg Gesundheits- und Machtpolitik berührten, so verbanden sich nach 1945 amerikanische Public Health-Modelle mit den politischen Ambitionen der neuen westlichen Führungsmacht. Dass die bundesdeutsche Diskussion die gesundheitswissenschaftlichen Konzepte erst 40 Jahre nach Kriegsende aufgriff, scheint eine folgerichtige Zeitverzögerung.

Die Orientierungslosigkeit der Nachkriegsjahre war überwunden. Gesundheitspolitik hatte in den 1980er Jahren weder - wie 1918 - die Funktion, nationale Machtansprüche zu unterfüttern, noch - wie 1945 - die Aufgabe, Identitätsanker einer verstörten Gesellschaft zu sein. Amerikanische Gesundheitspolitik hatte die Institutionalisierung von Public Health-Schools in unmittelbarem Zusammenhang zur angestrebten Demokratisierung gestellt, weshalb Weimarer Traditionslinien nicht zum Zuge gekommen waren. Während die Anbindung an Demokratisierungsfragen sich 1947 hemmend ausgewirkt hatte, bestand dieser Zusammenhang in den 1980er Jahre nicht mehr. Vielmehr war die Bundesrepublik eine unbestritten demokratische Gesellschaft, die aus sich heraus über Neuorientierungen nachdenken konnte. Diese Entwicklung erhielt nach 1989 eine neue Dynamik, als die BRD neue demokratische Referenzgesellschaft wurde.³¹ Damit war ein neuer politischer Kontext entstanden.³² Für die Ent-

28 Ausnahmen z.B. Schmacke, Herausforderung; Noack, Horst R.: Public Health an der Schwelle zum 21. Jahrhundert: Tradition, Modernisierung, Herausforderung und Vision. In: Polak, Gerhard (Hrsg.): Das Handbuch Public Health. Theorie und Praxis. Die wichtigsten Public-Health-Ausbildungsstätten. Wien u.a. 1999, S. 8-37.

29 Zu begrifflichen und konzeptionellen Unsicherheiten, die teilweise dazu führen, dass unter neuen Begrifflichkeiten alte Konzepte vertreten werden siehe: Hofmann, Werner und Friedrich Wilhelm Schwartz: „Public Health: Gesundheitspolitik und akademische Disziplin. Entwicklung in den alten Bundesländern“. In: Abholz, Heinz-Harald u.a. (Hrsg.): Wer oder was ist Public Health. Argument Sonderband 198, Hamburg 1992, S. 6-24.

30 Siehe dazu ausführlicher Stöckel, Sigrid: Säuglingsfürsorge zwischen Sozialer Hygiene und Eugenik. Berlin u. a. 1996, besonders S. 272f.

31 Explizit benennen Hurrelmann und Laaser den demokratischen Staat als verantwortlich für die Gesundheit der Bevölkerung. Hurrelmann, Klaus und Ulrich Laaser: Perspektiven für die Gesund-

wicklung der Public Health Konzepte bedeutete dies, dass der erste Referenzpunkt noch immer die USA waren, darüber hinaus aber zweitens die Einbindung in den europäischen Kontext, drittens die Betonung einer eigenen bundesdeutschen Traditionslinie und viertens der vereinzelt Rückbezug auf Weimarer Traditionslinien hinzutrat. In diesem Sinne stellt die oben beschriebene semantische Verschiebung (von Sozialhygiene und Gesundheitswissenschaft zu Public Health und Gesundheitswissenschaften) eine politische Umakzentuierung inhaltlich ähnlicher Konzepte dar.³³

Die Institutionalisierung von Public Health in der BRD ist damit nicht nur als Antwort auf die Krise des Gesundheitssystems und Reaktion auf den Problemdruck anderer Krankheitsprofile zu lesen³⁴, sie ist auch Ausdruck einer wiedererworbenen deutschen gesundheitspolitischen Handlungsfähigkeit, die sich nicht mehr nur auf Restauration und Reminiszenz beschränkt, sondern die Neudefinition öffentlicher Gesundheit, den „Transfer von Public Health Wissen in Politik und Praxis“³⁵ aktiv in die Hand nimmt. Diese neue gesundheitspolitische Handlungsfähigkeit ist innerhalb eines demokratischen Kontextes erworben und genau hierin liegt die Chance der neuen Public Health Bewegung. Norbert Schmacke verweist zurecht auf die „Gefahren der Radikalisierung präventiver Gesundheitskonzepte“, die der Nationalsozialismus offenbart habe und die auch für Public Health Aktivitäten bestünde.³⁶

In diesem Sinne beinhaltet die Institutionalisierung von Public Health in der BRD die Möglichkeit, die großen Fragestellungen der Sozialhygiene nach dem Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit und der Gelenkstelle zwischen Gesundheits- und Gesellschaftspolitik in einem stabilen demokratischen Kontext fortzuführen. Damit greift die bundesdeutsche Public Health Diskussion seit den 1980er Jahren das zentrale Anliegen amerikanischer Besatzungsoffiziere auf und vermag es hoffentlich über die rein rezeptiven Intentionen der *medical officer* hinauszuführen und ihm ein eigenes Profil zu geben.

Anschrift:

Dagmar Ellerbrock
Fakultät für Geschichtswissenschaft und Philosophie
Universität Bielefeld
Postfach 100 131

33501 Bielefeld
e-mail: dellerb@mail.uni-bielefeld.de

heitswissenschaften in Deutschland. In: Forum Gesundheitswissenschaften 3 (1992), 10-17, hier 11.

32 Zum Zusammenhang von Wiedervereinigung und Public Health z.B. Scheuch, K. und V. Koppisch: Postgraduiertenweiterbildung „Gesundheitswissenschaften - Public Health“ an der Medizinischen Akademie „Carl-Gustav-Carus“ Dresden. In: Forum Gesundheitswissenschaften 3 (1992), 31-42.

33 Im Sinne der politischen Umakzentuierung ist auch die Intention der Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften „auch nach Osteuropa“ hineinzuwirken, zu lesen. Siehe dazu: Editorial, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1 (1993), 3-4. Zur europäischen Dimension z.B. Laaser, Ulrich: The Contribution of the Schools of Public Health to Public Health in Europe. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 2 (1994), 109-118.; Brößkamp, Weg, S. 284.

34 Mit dieser Argumentation z.B. Troschke, Jürgen v. u.a. (Hrsg.): Entwicklung der Gesundheitswissenschaften - Public Health in Deutschland - Sachstandsbericht 1993 (= Schriftenreihe der Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health an der Abt. für Med. Soziologie der Albert-Ludwigs-Univ. Freiburg). Freiburg 1993, S. 15; Brößkamp, Ursel: Die Professionalisierung der GesundheitswissenschaftlerInnen. In: Forum Gesundheitswissenschaften 3 (1992), 50-54, hier 50; Hurrelmann/Laaser, Perspektiven, S. 10.

35 Noack, Schwelle, S. 26.

36 Schmacke, Herausforderung, S. 57/58.

NICOLE SCHAAD

„Die Guten ins Töpfchen, die Schlechten ins Kröpfchen“

Der ärztliche Dienst in der Basler Chemieindustrie, 1880-1930

Fritz Uebelin und Alfred Pletscher, die beiden Fabrikärzte der Basler Chemiefirma CIBA, publizierten 1954 in einer medizinischen Fachzeitschrift erstmals Resultate ihrer Arbeit. Sie hatten die Krankenakten von hundert Chemiewerkearbeitern in Bezug auf die Entstehungsbedingungen beruflich bedingter Blasenentumore und der karzinogenen Wirkung aromatischer Amine ausgewertet und zusätzlich eigene Untersuchungen (Blut, Urin, Blasenspiegelung) vorgenommen. Von den hundert untersuchten Arbeitern waren zwei Drittel an einem Blasenkrebs erkrankt, der auf den Kontakt mit Benzidin und B-Naphthylamin - Zwischenprodukten der Teerfarbenproduktion - zurückzuführen war. Die Erkrankungshäufigkeit schwankte im Zeitraum von 1924 bis 1953, je nach Produktionslokal, zwischen 23 und 73%.¹

Bisher hatten die Fabrikärzte ihre Forschungsergebnisse nie der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Ihre Aufgabe beschränkte sich vorwiegend auf die „Eintritts- und Kontrolluntersuchungen“ der Arbeiter. Sie waren im Nebenamt angestellt und führten „hauptberuflich“ eine ärztliche Praxis. Erst mit der Anstellung zweier hauptamtlicher Fabrikärzte nach dem Zweiten Weltkrieg stand die Forschungstätigkeit explizit im Pflichtenheft.

Die Fabrikärzte hatten als Vertreter der noch jungen Disziplin Arbeitsmedizin ein Interesse an der Publikation ihrer Forschungsergebnisse, weil sie dem wissenschaftlichen Standard entsprach und für die Akzeptanz in der scientific community unerlässlich war. Allerdings thematisierten sie dabei weder die Heilungschancen noch die Sterblichkeitsziffer der erkrankten Arbeiter.

Dies lässt sich mit ihrer betrieblichen Eingebundenheit erklären. Im Unterschied zu den frei praktizierenden Ärzten waren die Fabrikärzte von den Unternehmern angestellt, denen sie über ihre Tätigkeit rechenschaftspflichtig waren. Sie unterstanden sowohl der ärztlichen Schweigepflicht als auch dem Fabrikgeheimnis, wenn es um Angaben über Einrichtungen, Verbrauchsartikel und Fabrikate gegenüber Dritten ging. Daher ist anzunehmen, dass die Publikation der Forschungsergebnisse auch von betrieblichen Interessen getragen war, ansonsten hätten die Unternehmer sie verhindert.

Dieser Beitrag untersucht den ärztlichen Dienst in der Basler Chemieindustrie von 1880 bis 1930 und diskutiert folgende Thesen und Fragen:²

1. Durch die Eintritts- und medizinischen Reihenuntersuchungen sammelten die Fabrikärzte ein exklusives Expertenwissen, das ihnen bei der Beurteilung von Berufskrankheiten eine Monopolstellung in der Ärzteschaft sicherte. Aufgrund ihrer betrieblichen Machtposition verfügten indes die Unternehmer (und nicht die Fabrikärzte) über die Verwertung und Interpretation des gesammelten Fachwissens.³ Über welche Kompetenzen verfügten die Fabrikärzte im Betrieb? In welchem Zusammenhang standen medizinische Beurteilung von Berufskrankheiten und unternehmerische Betriebslogik?
2. Der systematische Ausbau des ärztlichen Dienstes und der Beginn medizinischer Reihenuntersuchungen verbesserten Prävention wie auch Behandlungsmöglichkeiten, er-

1 Uebelin, Fritz und Alfred Pletscher: Ätiologie und Prophylaxe gewerblicher Tumoren in der Farbstoffindustrie. Schweizerische medizinische Wochenschrift 32 (1954), 917-920.

2 Dieser Beitrag basiert auf meinen Recherchen zu meiner Doktorarbeit „Gesundheitsrisiken in der Basler Chemieindustrie, 1880-1930“ (Arbeitstitel).

3 Hitzler, Ronald, Anne Honer und Christoph Mader: Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion der Wirklichkeit. Opladen 1994, S. 26-27; Müller, Irmgard und Michael Martin: Institutionalisierung und Professionalisierung der Arbeitsmedizin in Deutschland. Archivum Historii I Filozofii Medycyny, S. 129-145, hier S. 142 (1998).

höhten gleichzeitig aber das betriebliche Kontroll- und Disziplinierungspotenzial gegenüber der Arbeiterschaft.⁴ Dabei gerieten die Fabrikärzte zunehmend ins Spannungsfeld betrieblicher, wissenschaftlicher und sozialpolitischer Interessen.

Inwiefern veränderten medizinische Routinekontrollen die Wahrnehmung von Berufskrankheiten und den Umgang damit?

Das Deutungsmonopol der Fabrikärzte

Die Kompetenzen der Fabrikärzte waren offiziell in der Fabrikordnung festgelegt. 1873 stellte die Basler Teerfarbenfabrik CIBA (damals noch Bindschedler & Busch) erstmals einen Fabrikarzt ein, der die Arbeiter beim Eintritt in die Fabrik medizinisch zu untersuchen und bei Unfall oder Erkrankung zu behandeln hatte.

Mit der Einrichtung eines ärztlichen Dienstes regelte die Firma CIBA auch die unentgeltliche Behandlung jedes - ohne sein Verschulden - erkrankten Arbeiters. Wenige Jahre später schränkten die Unternehmer den Passus in ihrem Sinne ein: „Jeder Erkrankte hat sich sofort bei der Direction krank zu melden und vom Fabrikarzt untersuchen und behandeln zu lassen, ansonsten jede Unterstützungspflicht abgelehnt wird.“⁵ Vordergründig mag diese Regelung großzügig erscheinen, doch faktisch waren die Arbeiter aus finanziellen Gründen gezwungen, den ärztlichen Dienst in der Fabrik zu konsultieren. Bei schweren Erkrankungen durfte nur der Fabrikarzt die betroffenen Arbeiter an einen externen Arzt überweisen: „Es steht allein dem Ermessen des Fabrikarztes anheim, anderweitige ärztliche Hilfe herbeizuziehen, für eigenmächtiges Handeln haftet die Gesellschaft nicht.“⁶ Indem die Unternehmer die Kompetenz für die Beurteilung und Behandlung von Berufskrankheiten den Fabrikärzten zuschrieben, sammelten sie das ärztliche Spezialwissen im Betrieb und erweiterten primär ihren eigenen Handlungsspielraum.⁷

Die Frage nach der freien Ärztwahl entwickelte sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts zum politischen Streitpunkt. Mit gesetzlichen Rahmenbedingungen begannen auch die politischen Behörden ihr Interesse anzumelden: So versuchte die Basler Regierung, den Gesundheitsschutz vor den Sonderinteressen von Unternehmern und Ärzten zu schützen: „Arbeiter und Arbeitgeber werden darauf aufmerksam gemacht, dass jeder verletzte Arbeiter das Recht hat, sich seinen Arzt selbst zu wählen und dass jede Verfügung, die dieses Recht einschränkt, hinfällig ist.“⁸ In der Folge musste die CIBA ihre Fabrikordnung anpassen und die freie Ärztwahl garantieren, wie in der neuen Fabrikordnung von 1911 deutlich wird: „Die ärztliche Behandlung soll in erster Linie durch einen der Fabrikärzte geschehen, kann aber auch durch jeden patentierten Arzt erfolgen. [...] Bei Unfällen und Berufskrankheiten, die nicht durch die Fabrikärzte behandelt werden, behält sich die Fabrikleitung eine Kontrolle

4 Foucault, Michel: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt/M. 1976, S. 177. Foucault hat diesen Prozess unter dem Begriff des Disziplinarzwangs diskutiert, der „eine gesteigerte Tauglichkeit und eine vertiefte Unterwerfung im Körper miteinander verkettet“.

5 Firmenarchiv Novartis AG, Basel, Bestand CIBA, PE 12 Fabrikordnung 1873.

6 Firmenarchiv Novartis AG, Basel, Bestand CIBA, PE 12 Fabrikordnung 1895. Die Basler Chemiefirmen CIBA und Geigy verpflichteten ihre Arbeiter zum Beitritt in eine Krankenkasse, wobei sie die Krankenkassenbeiträge übernahmen. Mit dem Kranken- und Unfallversicherungsgesetz von 1912 wurde die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse obligatorisch.

7 Andere Basler Chemiefirmen, die keine eigenen Fabrikärzte angestellt hatten, zeigten sich bei der Ärztwahl liberaler. Konsultation und finanzielle Entschädigung waren bei Erkrankung voneinander abgekoppelt. Die Firma Sandoz beschränkte sich vorerst auf die Anstellung eines Samariters und stellte erst gegen Ende des Ersten Weltkrieges einen Fabrikarzt an.

8 Staatsarchiv Basel-Stadt (StBS), Handel und Gewerbe AA 17, Unfälle Haftpflicht. Gewerbliche Vergiftungen. Allgemeines und Einzelnes 1895-1911, Schreiben vom 29. Juli 1902, Departement des Innern, E. Wullschleger (Vorsteher). Zur freien Ärztwahl vgl. Göckenjan, Gerd: Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt/M. 1985, S. 363-373.

durch diese vor.“⁹ Die angedeutete Kontrolle erübrigte sich weitgehend, da die Fabrikärzte mit den Ärzten der (Universitäts-)Kliniken zusammenarbeiteten und dadurch auch Einblick in medizinische Befunde hatten.¹⁰

Das Ideal des „giftresistenten“ Arbeiters

Vor dem Eintritt in die Fabrik untersuchte der Fabrikarzt die Arbeiter auf Krankheitsanzeichen und ihre körperliche Konstitution. Der Betrieb hatte ein Interesse daran, nur für „tauglich“ befundene Arbeiter einzustellen und kränkelnde oder schwache Arbeiter auszuscheiden: „Zum Eintritt als Arbeiter werden nur solche angenommen, welche nach erfolgter Untersuchung durch den Fabrikarzt als tauglich bezeichnet werden.“¹¹ Die Arbeiter mussten gesund wie auch kräftig gebaut sein – dies war eine zentrale Voraussetzung für die körperlich anstrengende Arbeit in der chemischen Produktion jener Zeit. Bei der Selektion suchten die Fabrikärzte das Ideal eines „giftresistenten“ Arbeiters, das sie aufgrund medizinischer Kriterien und betrieblicher Erfahrung definierten.

Die ersten Eintrittsuntersuchungen waren allerdings (aus heutiger Sicht) rudimentär, da sie nur auf äußerlichen Beschreibungen des Körpers und organischen Tastbefunden basierten.¹²

Seit der Jahrhundertwende galt es als wissenschaftlich gesichert, dass herz- und lungenkranke Menschen in der Chemieindustrie besonders disponiert für Krankheiten waren. Daher wurde die Frage nach der Krankengeschichte immer mehr zum Ausgangspunkt einer ärztlichen Untersuchung. Um möglichst vollständige und verlässliche Informationen der Arbeiter zu erhalten, drohten die Firmen bei Verschweigen früherer Krankheiten mit Sanktionen: „Arbeiter, welche frühere Krankheiten, oder körperliche Gebrechen verheimlichen, werden beim Bekanntwerden sofort entlassen und haben keinen Anspruch auf Entschädigung.“¹³

Erst seit den 1930er Jahren hatten die Fabrikärzte einen Röntgenapparat. Damit konnten sie eine mögliche Lungenerkrankung mit wissenschaftlichen Methoden erfassen und die (subjektiven) Angaben der Arbeiter überprüfen. Diese Tendenz zur Objektivierung von Krankheitssymptomen und zur Verwissenschaftlichung der Untersuchungsmethoden setzte sich fort: Seit den 1940er Jahren führten die Fabrikärzte bei allen Neuaufnahmen „in jedem Fall Röntgenaufnahmen der Lungen, Blutsenkungsreaktionen und Haemoglobinbestimmungen aus“.¹⁴ Aufgrund der vielfältigen Gesundheitsrisiken in der chemischen Industrie schien es normal, die Standarduntersuchungen fortlaufend auszubauen. Heute müssen sich die Chemiearbeiter Untersuchungen der genetischen Toxikologie und des Biomonitorings unterziehen.¹⁵

9 Firmenarchiv Novartis AG, Basel, Bestand CIBA, PE 12 Fabrikordnung 1911.

10 Amstutz, P.: Der Werkarzt in der Schweiz. Ständige Konferenz der Werksärzte der chemischen Industrie im Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte. Bad Schauenburg 1981, S. 112-138.

11 StBS, Handel und Gewerbe EEE 2, 10 Müller-Pack, J. R. Geigy AG (1886–1930). Fabrikordnung 1896.

12 Milles, Dietrich: Die Physiologie als Grundlage ärztlicher Gutachten bei der Etablierung der deutschen Sozialversicherung. Physiologie und industrielle Gesellschaft. In: Sarasin, Philip und Jakob Tanner (Hrsg.): Physiologie und industrielle Gesellschaft. Frankfurt/M. 1998, S. 369-398, hier S. 370. Zum einen bezog sich das physiologische Modell auf äußere Beschreibungen des Körpers (Größe, Gewicht) und seiner Funktionen, zum anderen auf die Funktionsbeurteilung und die Konzepte der Leistungsoptimierung.

13 StBS, Handel und Gewerbe EEE 2,21 Gesellschaft für chemische Industrie (1891–1935). Fabrikordnung 1905. Da die Leistungen der Haftpflicht und später der Kranken- und Unfallversicherung in solchen Fällen gekürzt wurden, hatten sowohl die Firmen als auch die Arbeiter ein Interesse an einer seriösen Abklärung der Krankengeschichte.

14 Firmenarchiv Novartis AG, Basel, Bestand CIBA PE 12 Fabrikarzt, Jahresbericht 1941.

15 Ziegler, Guido: Blasenkrebs in der chemischen Industrie der Region Basel („Anilinkrebs“). Medizi-

Die Definition der Ausschlusskriterien hing vom medizinischen Wissensstand und der praktischen Erfahrung der Ärzte ab: So stellten Mitte der 1930er Jahre die Chemiefirmen beispielsweise keine Arbeiter mehr ein, bei denen Krebserkrankungen in der Familie aufgetreten waren. Die Annahme der vererbaren Disposition basierte lediglich auf drei Beispielen von Blasenerkrankungen in der Basler Chemieindustrie, die der Basler Urologe Müller damals der Fachöffentlichkeit präsentiert hatte: „Wir haben einmal 3 Brüder, einmal 2 Brüder und einmal Vater und Sohn im gleichen Betrieb an Blasen Tumoren erkranken sehen.“¹⁶ Nicht nur frühere Krankheiten, sondern auch familiäre Krankheiten waren nun meldepflichtig geworden - dies, obwohl die Vererbung von Krebsdispositionen wissenschaftlich umstritten und empirisch nicht nachweisbar war.

Neben der Krankengeschichte und der medizinischen Untersuchung spielten das Alter (jung), das Geschlecht (männlich) und charakterliche Eigenschaften (zuverlässig) bei der Selektion eine Rolle. Für die Vertreter der Vererbungslehre waren Frauen, Jugendliche, alte Leute, schlanke und blonde Personen besonders disponiert. Wie ein anonymes Schreiben in der Arbeiterpresse vermutete, wurden dunkelhaarige Arbeiter bevorzugt: „Man nimmt am liebsten Leute mit schwarzen Haaren, da diese weniger krankheitsempfänglich sein sollen.“¹⁷ In den Augen der Ärzte stellten disponierte Menschen selbst ein Risiko dar, da sie für die Gesundheitsrisiken in der chemischen Produktion anfälliger waren. Indem sie zwischen disponierten und „giftresistenten“ Arbeitern unterschieden, versuchten sie die Erkrankungshäufigkeit zu reduzieren.

Grundsätzlich galt: Je gefährlicher die Arbeit, desto strenger die Selektion. Doch in der Praxis wurden neben den medizinischen Kriterien auch betriebliche Bedürfnisse berücksichtigt: Je dringender Arbeiter gesucht waren, desto laxer zeigten sich die Firmen bei der Auswahl.¹⁸

Die Prävention gewinnt an Bedeutung

Bedeutsamer für die Kontrolle und Disziplinierung der Arbeiter scheinen mir die regelmäßigen medizinischen Untersuchungen, die Ende der 1920er Jahre eingeführt wurden. Die Häufung schwerer Blasenerkrankungen in den chemischen Produktionslokalen zeigte den Unternehmern, dass die bisherigen Massnahmen zum Schutz der Gesundheit nicht ausreichten und die Arbeitsmedizin die spezifischen Erkrankungsursachen nicht erklären konnte. Die Fabrikärzte wiederum erkannten das Forschungsdefizit und versprachen sich von der Einführung medizinischer Reihenuntersuchungen neue Erkenntnisse: „Der Urin wird alle drei Monate auf okkultes Blut untersucht, bei positivem Befund Wiederholung in einem Monat. Bei dreimaligem Nachweis werden die Leute zur Cystoskopie geschickt.“¹⁹ Die „einzige Möglichkeit zur Frühdiagnose des Anilinkrebs“ sah der CIBA-Fabrikarzt Uebelin in der periodischen Blasenspiegelung, unabhängig von subjektiven Symptomen und vom Blutnachweis im Urin.²⁰

nische Mitteilungen 61 (1988), 25-30; Müller, Rainer: Grenzen und Reichweite der Arbeitsmedizin. Zu ihrer Geschichte, ihren Konzepten und Praktiken. In: ders. et.al (Hrsg.): Arbeitsmedizin in sozialer Verantwortung. Studien zur Epidemiologie und Bewältigung der Industriellen Pathologie. Bremen 1985, S. 67-68.

16 Müller, Achilles: Rückblick auf die gewerbliche Blasen- und Nierenschädigungen in der Basler Farbstoffindustrie. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 20 (1949), 446. Obwohl Müller vor allgemeinen Schlussfolgerungen gewarnt hatte, wurden die drei Krankheitsfälle von deutschen Arbeitsmedizinern uneingeschränkt als Beweis für die Vererbungslehre zitiert. Vgl. Baader, Ernst W.: Gewerbekrankheiten. Klinische Grundlagen der 40 meldepflichtigen Berufskrankheiten. München, Berlin 1954, S. 142.

17 [Anonym], Die Giftbaronie Sandoz. Basler Vorwärts, 6.1.1928.

18 Auch kränkliche Arbeiter wurden bei großer Nachfrage eingestellt, allerdings auf eigenes „Risiko“.

19 Müller, Achilles: Über Blasen- und Nierenschädigungen in der Farbstoffindustrie. Helvetica Chirurgica Acta 18 (1951), 34.

20 Firmenarchiv Novartis AG, Basel, Bestand CIBA, PE 12 Fabrikarzt, Jahresbericht 1934.

Die periodische Blasenspiegelung setzte nicht nur auf eine frühzeitige Behandlung bei einem Blasen-tumor, sondern auf die Verhütung einer Erkrankung. Zu Beginn war der Widerstand der Arbeiterschaft gegen diese unangenehme und schmerzhafteste Untersuchung gross. Erst als der Urologe bei einem „B-Naphthylaminarbeiter“ einen Blasen-tumor entdeckt hatte, „bei dem sonst objektiv und subjektiv keine Anhaltspunkte für ein Blasenleiden bestanden“, liessen sich die Arbeiter zu einer solchen Untersuchung bewegen. Ein Blasen-tumor musste im Anfangsstadium erkannt und behandelt werden, um mit günstigen Heilungs- und Operationschancen rechnen zu können.²¹ Seit 1937 schickten die CIBA-Fabrikärzte alle gefährdeten Arbeiter - also diejenigen, die mit B-Naphthylamin, Benzidin und Anilin zu tun hatten - regelmäßig zur Blasenspiegelung. Damit kam ein Präventionskalkül ins Spiel, das auf dem Risikokonzept der gesetzlichen Krankenversicherung basierte. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) verlangte die Blasenspiegelung bei ersten Anzeichen einer Erkrankung und machte sie zur Voraussetzung für die finanzielle Entschädigung.²²

Die von den Unternehmern, Fabrikärzten und Arbeitern gehegte Hoffnung, mit den medizinischen Routinekontrollen die Prävention zu verbessern, erwies sich indes als Trugschluss - wie der Basler Urologe Müller rückblickend 1949 resümiert: „Das Kapitel der Aminschädigung ist ein sehr düsteres. Die Erfolge der Behandlung, die anscheinend besser geworden sind als in den 30er Jahren, sind, wenn man sie heute rückblickend betrachtet, doch sehr bescheiden. Viele der anscheinenden Erfolge sind zu Enttäuschungen geworden.“²³ Zum gleichen Schluss in anderen Worten kamen die Fabrikärzte Uebelin und Pletscher mit der (eingangs zitierten) überdurchschnittlich hohen Erkrankungshäufigkeit. Da die krebserregenden Substanzen Benzidin und B-Naphthylamin seit 1947 allmählich durch weniger schädliche Substanzen ersetzt wurden, hatten die Unternehmer keine direkten Folgen für die laufende Produktion zu befürchten. Natürlich hatten die Fabrikärzte neben der unternehmerischen Logik, in die sie eingebunden waren, ein wissenschaftliches Interesse an den medizinischen Untersuchungen. Schliesslich erlaubten ihnen die gewonnenen Erkenntnisse den systematischen Vergleich von Krankheitsursache und Krankheitsverlauf.

Mit dem Ausbau der Prophylaxe erhöhte sich auch das ärztliche Kontrollpotenzial. Die Arbeiter mussten sich regelmäßig medizinischen Reihenuntersuchungen unterziehen, wobei die ärztliche Behandlung bereits bei den ersten Krankheitssymptomen einsetzte. Den Betroffenen verteilten die Fabrikärzte Firmenmedikamente, die sie dadurch auf ihre therapeutische Wirksamkeit untersuchen konnten. Dies stellte in gewisser Weise eine einzigartige Laborsituation dar.²⁴

21 Firmenarchiv Novartis AG, Basel, Bestand CIBA, PE 12 Fabrikarzt, Jahresbericht 1937; Jahresbericht 1942.

22 Firmenarchiv Novartis AG, Basel, Bestand CIBA, W 2.10 Personal: Dossiers von ausgetretenen, verstorbenen oder in den Monatslohn erhobenen Arbeiter, Werk Kleinhüningen. Nachdem der Arbeiter L. A. 1934 an einer Blasenentzündung erkrankt und für zwei Wochen arbeitsunfähig geschrieben war, forderte ihn die SUVA auf, eine Blasenspiegelung vorzunehmen. Da der Betroffene eine solche Untersuchung verweigerte, lehnte die SUVA jede Entschädigung laut Unfallversicherungsgesetz Art. 71 ab. Gleichzeitig verlor er seine Arbeitsstelle und wurde trotz wiederholter Intervention seiner Ehefrau bei der Geschäftsleitung nicht mehr angestellt.

23 Müller, Achilles: „Rückblick auf die gewerbliche Blasen- und Nierenschädigungen in der Basler Farbstoffindustrie.“ Schweizerische Medizinische Wochenschrift 20 (1949), 449. Von 1953 bis 1963 erkrankten allein in der Basler Chemieindustrie weitere 38 Arbeiter an Blasenkrebs infolge Schädigung durch aromatische Amine.

24 Zur Medikalisierung vgl.: Müller, Rainer: Grenzen und Reichweite der Arbeitsmedizin. Zu ihrer Geschichte, ihren Konzepten und Praktiken. Arbeitsmedizin in sozialer Verantwortung. Studien zur Epidemiologie und Bewältigung der Industriellen Pathologie. In: ders. et. al (Hrsg.): Arbeitsmedizin in sozialer Verantwortung. Studien zur Bewältigung der industriellen Pathologie. Bremen 1985, S. 39-74. Göckenjan, Gerd: Medizin und Ärzte als Faktor der Disziplinierung der Unterschichten: Der Kassenarzt. Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik. In: Sachse, Christoph und Florian Tennstedt (Hrsg.): Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik. Frankfurt/M. 1986,

Gegenläufige Tendenzen: Fazit

Ausgehend von zwei zentralen Thesen der deutschen Forschungsdiskussion möchte ich meine Ergebnisse zusammenfassen: Die Dethematisierung verweist bei der Beurteilung von Berufskrankheiten auf die Mechanismen des Verschweigens, mit denen betriebliche und soziale Zusammenhänge systematisch ausgeblendet werden. Eng damit verbunden ist die Individualisierung von Gesundheitsrisiken zu betrachten, bei der die Gründe einer Erkrankung zunehmend bei den Individuen gesucht werden.²⁵

In den Betrieben entwickelten die Akteure - Unternehmer/Chemiker, Fabrikärzte und Arbeiter - spezifische Strategien des Verschweigens oder Verdrängens. Bevor die medizinischen Reihenuntersuchungen eingeführt wurden, mussten sich die Arbeiter aufgrund subjektiver, oft schmerzhafter Symptome eine Krankheit eingestehen. Aus Angst vor möglichen Konsequenzen - Stellenverlust beispielsweise - verschwiegen sie den Fabrikärzten Krankheitssymptome möglichst lange.²⁶ Mit den systematischen Laboruntersuchungen ersetzen naturwissenschaftliche Bestimmungsmethoden zunehmend die subjektive Krankheitserfahrung. Nun mussten die Fabrikärzte aufgrund der erfassten Symptome eine Diagnose erstellen und die Erkrankungsursachen erklären. Zwar vermittelten die Laboruntersuchungen einen Einblick in bisher unbekanntere Krankheitsursachen, doch führte dies nicht automatisch zu einer stärkeren Thematisierung von Gesundheitsrisiken oder einem erhöhten Bewusstsein im Umgang damit. Im Gegenteil: Das den Laboruntersuchungen zugrunde liegende monokausale Erklärungsmodell (Ursache-Wirkung) reduzierte die komplexen Entstehungsbedingungen einer Berufskrankheit und blendete soziale bzw. biographische Zusammenhänge weitgehend aus.

Ein konsequenter Umgang mit industriellen Gesundheitsrisiken hätte unweigerlich zu einem Verbot gesundheitsschädlicher Substanzen führen müssen, aber das wirtschaftliche Wachstum der Chemiefirmen empfindlich gestört. Stattdessen akzeptierten die Unternehmer Gesundheitsrisiken als berechenbare Größen und integrierten sie in die betriebliche Kalkulation. Selbst die Fabrikärzte akzeptierten gefährliche Produktionsbereiche.

Ihre Laboruntersuchungen erfüllten aber auch versicherungstechnische Anforderungen, die notwendig waren, um einen ursächlichen Zusammenhang von Erkrankung und chemischer Substanz nachzuweisen. Damit verlor der vermeintlich individuelle Schuldzusammenhang in der 1930er Jahren zugunsten der Prävention allmählich an Bedeutung. Dies ist vor allem ein Verdienst der (1912 verabschiedeten) Kranken- und Unfallversicherung, die die Berufskrankheiten als „soziale Risiken“ zu akzeptieren, zu berechnen und zu bewerten begann.²⁷

Auf den ersten Blick kann der eingangs geschilderte Gang an die Öffentlichkeit als Thematisierung verstanden werden. Die historische Forschungsdiskussion zeigt indes, dass Beta-Naphthylamin und Benzidin bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts zu den krankheitserregenden Substanzen zählten. Zu dieser Erkenntnis kamen die frei praktizierenden Ärzte Robert Schedler und Samuel Leuenberger. Sie hatten ausgehend von der Untersuchung erkrankter Arbeiter die gesundheitsschädigende Wirkung chemischer Substanzen in Laborstudien „simuliert“. Ihre Ergebnisse regten zwar weitere medizinische Untersuchungen an,

S. 286-302.

25 Hien, Wolfgang: Chemische Industrie und Krebs. Zur Soziologie des wissenschaftlichen und sozialen Umgangs mit arbeitsbedingten Krebserkrankungen in Deutschland. Bremerhaven 1994, S. 96, S. 223-236; Andersen, Arne: Historische Technikfolgenabschätzung am Beispiel des Metallhüttenwesens und der Chemieindustrie 1850-1933. Zeitschrift für Unternehmensgeschichte, Beiheft 90. Stuttgart 1996, S. 366-369. Die Thesen gehen auf die Bremer Sozialwissenschaftler Rainer Müller und Dietrich Milles zurück. Vgl. ausführliches Literaturverzeichnis bei Hien.

26 Auf die soziale Bedingtheit einer vermeintlich höheren Erkrankungstoleranz haben verschiedene sozialhistorische Studien in den 1980er Jahren hingewiesen. Vgl. Spree, Reinhard: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich. Göttingen 1981, S. 13-15.

27 Evers, Adalbert/ Helga Nowotny. Über den Umgang mit Unsicherheit. Die Entdeckung der Gestaltbarkeit von Gesellschaft. Frankfurt a. M. 1987. Evers spricht von einer Sozialisierung der Gefahren.

blieben aber ohne Auswirkungen auf die betrieblichen Arbeitsverhältnisse.²⁸

Wie war das möglich? In der Schweiz gab es keine kritische Öffentlichkeit, die das spezialisierte Wissen der Ärzte für einen politischen Diskurs übersetzt und auf die Produktionsbedingungen zurückgeführt hätte. Die Gewerkschaften waren noch keine ernst zu nehmenden Verhandlungspartner der Chemieunternehmer und den staatlichen Beamten fehlte es an medizinischem Fachwissen. Erst mit der Anstellung von Arbeitsärzten und dem Aufbau eigener Forschungseinrichtungen Ende der 1930er Jahre erwuchs den Fabrikärzten von staatlicher Seite eine Konkurrenz, die das Deutungsmonopol zunehmend in Frage stellte.²⁹

Die Fabrikärzte schufen sich mit den medizinischen Reihenuntersuchungen eine Forschungsbasis, von der sie einen Professionalisierungsschub erwarteten. Ihr Auftritt in der Fachöffentlichkeit ist als Versuch zu bewerten, sich gegen die wachsende Konkurrenz abzugrenzen mit dem Ziel, den medizinischen Diskurs über Berufskrankheiten weiterhin mit beruflichen Handlungskompetenzen zu verbinden und zu monopolisieren.

Anschrift:

Nicole Schaad
Ottenstraße 10

CH – 8008 Zürich
e-mail: nicole.schaad@freesurf.de

28 Vgl. Schedler, Robert: Zur Casuistik der Blasentumoren bei Farbarbeitern. Medizinische Fakultät. Basel 1905, S. 37; Leuenberger, S.G.: Die unter dem Einfluss der synthetischen Farbenindustrie beobachtete Geschwulstentwicklung. Beiträge zur klinischen Chirurgie 80 (1912), 208-316. Für die Situation in Deutschland vgl. Schneider, H.: Gefahren der Arbeit in der chemischen Industrie. Hrsg: Verband der Fabrikarbeiter Deutschlands. Hannover 1911, S. 12.

29 Die SUVA hatte 1937 einen arbeitsärztlichen Dienst eingerichtet.

NORMAN FUCHSLOCH

Der Mensch als Bioindikator

Versuche, Verunreinigungen der Luft mit chemischen und physikalischen Methoden zu bestimmen, haben eine lange Geschichte. Seit Mitte der 1920er Jahre behaupteten die Experten der Preußischen Landesanstalt für Wasser-, Boden- und Lufthygiene (WaBoLu),¹ Immissionsbelastungen auf Grundlage der Ergebnisse von chemisch-physikalischen Messungen zu beurteilen. Dies sollte einerseits die fachliche Kompetenz der Gutachter belegen, andererseits die Schlussfolgerungen und Empfehlungen empirisch absichern. Dementgegen zeigt eine Analyse der Handlungsabläufe, dass die Experten mit organoleptischen, also mit den Sinnen prüfenden Immissions-„Messungen“, das Ausmaß einer Belastungssituation abschätzten. Sie setzten dazu ihren eigenen Körper als Messinstrument ein, zögerten aber auch nicht, von den Abgasen betroffene Menschen einem „Feldversuch“ mit ungewissem Ausgang zu unterwerfen. In mehreren Fällen nahmen sie bewusst das Auftreten von Gesundheitsschäden bei Menschen in Kauf, um das Ausmaß einer industriell verursachten Umweltverschmutzung zu bestimmen.

Im Regelfall erstreckten sich die organoleptischen „Messimpressionen“ auf den ersten optischen Eindruck, den der Gutachter im Rahmen einer Ortsbesichtigung gewann, und auf das Riechen und das Schmecken von Luftverunreinigungen, etwa des typischen Geschmacks von Schwefeldioxid. Auch ein Prickeln der Gesichtshaut konnte dem Gutachter einen Hinweis auf das Vorliegen einer Luftverunreinigung sinnlich vermitteln.² Gleichfalls prüften die Experten Wasserproben organoleptisch. Sie beobachteten Farbe, Durchsichtigkeit und Geruch und testeten des Öfteren auch den Geschmack.

Auf der Grundlage ihrer organoleptischen Messimpressionen empfahlen die WaBoLu-Gutachter dann konkrete Maßnahmen für den Umweltschutz oder zum Schutz am Arbeitsplatz - nur zu häufig sahen sie solche jedoch als unnötig an. Aufgabe der 1901 gegründeten WaBoLu war es, vereinfacht dargestellt, Behörden, Wirtschaftsunternehmen und Privatleute in allen Fragen der Wasserversorgung, Abwasserbeseitigung und Luftreinhaltung zu beraten.³ Die nachfolgenden Beispiele stammen aus dem Arbeitsbereich Lufthygiene der WaBoLu, zeitlich umfassen sie etwa die Spanne von Mitte der 1920er bis Mitte der 1950er Jahre.⁴

Typisch ausgeprägt - und in diesem Fall überzeichnet - war das gutachterliche Vorgehen von Wilhelm Liesegang etwa im Falle der Luftverunreinigung durch die Grube Leopold in Edderitz und die benachbarten Schwelwerke Minna-Anna in Gölzau:

Bei Ausführung der Untersuchungen wurde unter anderem das etwa 40 m hohe

-
- 1 Zur Institutsgeschichte und zu den diversen Namenswechseln vgl. Kasten.
 - 2 BA-R 154-12044, WaBoLu an Landgericht Dortmund, Tgb.Nr. III B-B 206 vom 5.6.1954; vgl. Fuchsloch, Norman: Sehen, riechen, schmecken und messen als Bestandteile der gutachterlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit der Preußischen Landesanstalt für Wasser-, Boden- und Lufthygiene im Bereich der Luftreinhaltung zwischen 1920 und 1960. Diss. Universität Hamburg (= Freiburger Forschungshefte D 203). Freiberg 1999, S. 125-127.
 - 3 In diesem Umfang ab 1923. Hinzu kamen umfangreiche Untersuchungen von Schädlingsbekämpfungsmitteln sowie einige wenige Arbeiten zur Abfallbeseitigung. Schramm, Engelbert: Kommunaler Umweltschutz in Preußen (1900-1933): Verengung auf Vollzug durch wissenschaftliche Beratung? In: Reulecke, Jürgen und Adelheid Gräfin zu Castell Rüdenhausen (Hrsg.): Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volksgesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Stuttgart 1991, S. 77-90; Wey, Klaus-Georg: Umweltpolitik in Deutschland. Opladen 1982.
 - 4 Ausführlich Fuchsloch, Sehen; ders.: Zwölf Apostel in der Hölle von Knapsack. In: Maier, Helmut (Hrsg.): Elektrizitätswirtschaft zwischen Umwelt, Technik und Politik. Aspekte aus 100 Jahren RWE-Geschichte 1898-1998 (= Freiburger Forschungshefte D 204). Freiberg 1999, S. 195-216.

Dach des Ofenhauses erstiegen. Dabei konnte, da die benutzten Leitern sich an der Aussenwand befinden, das Verhalten der Schwelofenabgase unmittelbar nach ihrem Eintritt in die Luft geprüft werden. Sie sind etwa 5-10 m über den Schornsteinköpfen so heiss und enthalten soviel schweflige Säure, dass ein Atmen in der damit verunreinigten Luft unmöglich ist.⁵

Auch an anderen Stellen stieg der Gutachter Liesegang den Emittenten auf das Dach, so im Fall der Kunstseidenfabrik Breslau-Cavallen. Sein Urteil:

Die erzielte Reinigungswirkung ist so weitgehend, dass Anwohnerbelästigungen auch bei Ableitung der Abgase in Dachhöhe des Betriebes ausgeschlossen sein dürften trotz des restlichen Schwefelwasserstoffgehaltes (im Mittel: 20 mg/m³) und des immerhin beträchtlichen Schwefelkohlenstoffgehaltes. Der Berichterstatter [Anm. N.F.: Liesegang] hat sich etwa 1/2 Stunde auf dem Waschturm unmittelbar im Abgasstrom aufgehalten, ohne auch nur die Spur einer Belästigung wahrzunehmen, trotzdem eine gleichzeitig durchgeführte Abgasanalyse einen Gehalt von 24 mg/m³ Schwefelwasserstoff und von 240 mg/m³ Schwefelkohlenstoff ergab. Die erzielte Reinigungswirkung hat in Bezug auf den Geruch der Abgase zweifelsohne jede an sie gestellte Erwartung übertroffen.⁶

Obwohl die Ergebnisse der Messungen eine künftige Geruchsbelästigung erwarten ließen, war mit diesem organoleptischen Selbstexperiment die Ungefährlichkeit der Abgase für Liesegang bewiesen. Die gleichzeitig durchgeführten chemischen Analysen spielten für das Gesamturteil keine Rolle.⁷ Liesegang deutet hier an, dass eher ein Heraufsetzen der Werte vorzunehmen wäre, da er selbst sich ja nicht belästigt fühlte.

Um die von Emissionen ausgehenden Wirkungen zu charakterisieren, bedienten sich die WaBoLu-Experten überwiegend der Bezeichnungen „Beeinträchtigung“, „Belästigung“ und „Gesundheitsschädigung“. Die physiologische Reaktion, die einer Belästigung entsprach, zeigt ein Versuch der Dessauer Zuckerraffinerie 1939, die Brauchbarkeit von Aktivkohle für den Einsatz in Filtern zur Abgasreinigung zu testen. In der Schilderung des Versuchs heißt es:

Es ist selbstverständlich, dass für diese Versuche das genaue Verhältnis: Rauchmenge, Schichthöhe der aktiven Kohle und Sauggeschwindigkeit von ausschlaggebender Bedeutung ist. Da sich diese genauen Werte aber nicht ohne weiteres ermitteln lassen, gingen wir zu folgendem Versuch über: zwei Angestellte begaben sich mit Gasmasken (Filtereinsatz No. 88 FN mit Schwebstoff-Filter) versehen in den Rauch an den Öfen. Die eine Versuchsperson erklärte sich nach 12 Minuten ausserstande, in dem Rauch zu bleiben, da riechende Gase durchgingen; die zweite Person spürte nach 15 Minuten eine Belästigung.⁸

Eine Versuchsperson verließ also nach 12, die zweite nach 15 Minuten den Abgasstrom, weil sie sich „belästigt“ fühlte. Wohin aber Anwohner ausweichen sollen, wenn sie sich von Abgasen „belästigt“ fühlen, blieb über Jahrzehnte ungeklärt.

Im Fall Köthen prüfte Liesegang das Ausmaß der Immissionen in verschiedenen Entfernungen von der Schwelerei persönlich nach:

Am 10. Juli nachmittags wurde mit dem Kraftwagen im Windschatten des Betrie-

5 BA-R 154-11977, WaBoLu an Anhaltische Regierung, Abteilung des Innern, Dessau, Tgb.Nr. 190, 13.1.1932, S. 19.

6 BA-R 154-11902, WaBoLu an RMWirt, Tgb.Nr. B 654, 28.2.1939, Bericht über die am 15. Februar 1938 durchgeführte Besichtigung der Abgasreinigungsanlage der Kunstseidenfabrik Breslau-Cavallen.

7 Zu den Grenzen der eingesetzten Analyseverfahren Fuchsloch, Sehen, S. 33-55.

8 BA-R 154-11960, Dessauer Zucker an Deberag, 1.4.1939.

bes vom Werk aus eine Erkundungsfahrt unternommen, um festzustellen, bis zu welchen Höchstentfernungen die vom Werke ausgehenden Gerüche sich wahrnehmen lassen. [...] Bis 1000 m Entfernung vom Werke kann die Belästigung durch den Geruch - vorausgesetzt, dass der Wind vom Werk direkt auf den Beobachter gerichtet ist- auf die Dauer uner[20]träglich werden, jedoch ist die Intensität des Geruches dabei stark von den zufällig herrschenden Witterungsverhältnissen abhängig.⁹

In 9,0 km war der Einfluß des Schwelwerkes für ihn nicht mehr wahrnehmbar. Die 10 km entfernt gelegene Stadt Köthen konnte daher nicht mehr belastet sein. Zusammenfassend urteilte Liesegang, dass keine gesundheitlichen Schäden zu erwarten seien, da die unmittelbare Einflußzone unbewohnt sei.¹⁰ Da keine Klagen über Vegetations- oder Viehschäden vorlagen, erschienen zum Schutz dieses Gebietes keine weiteren Maßnahmen erforderlich. Obwohl die WaBoLu erhebliche Emissionen mit überaus belästigendem Charakter einräumte, qualifizierte sie mögliche Gegenmaßnahmen entweder als wirtschaftlich untragbar oder als im Erfolg zweifelhaft.¹¹ Im Ergebnis, und nicht nur hier, zielten die WaBoLu-Gutachten darauf ab, die gewerblichen Emissionen zu legitimieren.

Die Aussagen von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie Asthma oder zumindest Berichte darüber dienten den „Experten“ in ihren Vorortuntersuchungen als „wertvolle Indikatoren“, traten deren Sinneseindrücke doch noch für Schadstoffkonzentrationen ein, bei denen die herkömmliche und verfügbare chemische Analytik bereits versagte.

So fühlten sich Ende 1936 Patienten und Personal der von der Reichsbahnversicherungsanstalt geführten Heilstätte Lostau bei Magdeburg, einer Lungenheilstätte vor allem für Asthmatiker und an Tuberkulose Erkrankte, durch stinkende Gase immer stärker belästigt.¹² Dort, so der Vorstand der Heilstätte,

[...] tritt zeitweise ein so intensiver und die Schleimhäute reizender, übelriechender Geruch auf, daß die Patientinnen die Liegehallen fluchtartig verlassen. Es treten dann stets mehrere Fälle von Übelsein und Kopfschmerzen auf, abgesehen von den Reizungen der Schleimhäute der Luftwege.¹³

Besonders betroffen seien die Asthmatiker:

Sie sind ein feinerer Indikator für das Auftreten der Gase, als der empfindlichste menschliche Geruchssinn. Ehe ein Gesunder den Geruch verspürt, ringt der Asthmatiker schon nach Luft.¹⁴

Den Gestank verursachte das 5 km südwestlich neu errichtete Werk der Braunkohle-Benzin-A.G. (Brabag) in Magdeburg Rothensee.¹⁵ Die zu erwartenden langen Lieferzeiten der zum Einbau der Abgasreinigungstechnik benötigten Materialien veranlaßten die WaBoLu-Gut-

9 BA-R 154-11977, WaBoLu an Anhaltische Regierung, Abteilung des Innern, Dessau, Tgb.Nr. 190, 13.1.1932, S. 19/20.

10 BA-R 154-11977, WaBoLu an Anhaltische Regierung, Abteilung des Innern, Dessau, Tgb.Nr. 190, 13.1.1932, S. 23/24.

11 BA-R 154-11977, WaBoLu an Anhaltische Regierung, Abteilung des Innern, Dessau, Tgb.Nr. 190, 13.1.1932, S. 23 ff..

12 BA-R 154-12067, WaBoLu an Vorstand der Reichsbahnversicherungsanstalt, Tgb.Nr. B 5801, 16.12.1936.

13 BA-R 154-12067, Heilstätte Lostau an Vorstand Reichsbahnversicherungsanstalt, 3.1.1937.

14 BA-R 154-12067, Heilstätte Lostau an WaBoLu, 2.7.1937.

15 Aufgrund der an den betreffenden Tagen vorherrschenden Windrichtung schlossen die WaBoLu-Experten die Rieselfelder der Stadt Magdeburg als Quelle des Gestanks aus. Zur Geschichte der Brabag vgl. Birkenfeld, Wolfgang: Der synthetische Treibstoff 1933-1945. Göttingen, Berlin, Frankfurt a.M. 1964.

achter darauf zu insistieren, diese Lieferzeiten im Interesse der Patienten und des Personals der Heilstätte Lostau sowie der übrigen Anwohner drastisch zu verkürzen.¹⁶ Im Anschluß an die Stellungnahme der WaBoLu sahen die verantwortlichen Behörden die Frage der Immissionsbelastung durch H₂S jedoch bereits als gelöst an, obwohl noch überhaupt keine einzelne Maßnahme technisch umgesetzt war. Nach knapp zwei Jahren anhaltenden Gestanks erfolgte die Schließung der Lungenheilstätte Lostau schließlich vor Ende des Jahres 1939. In den für den Klinikbetrieb eingerichteten Bauten sollten künftig offenbar weniger empfindliche Kranke betreut werden: Die Stadt Magdeburg erwarb das Grundstück, um darauf ihr drittes Krankenhaus zu errichten.¹⁷

Zeitlich parallel dazu lag der Fall der Aktiengesellschaft Sächsische Werke (ASW) in Böhlen. Diese betrieb dort ein Großkraftwerk, eine Brikettfabrik, ein Gaswerk und eine Schwelerei mit angeschlossener Entphenolungsanlage. In unmittelbarer Nachbarschaft entstand 1935 eines der ersten Hydrierwerke der Braunkohle-Benzin A.G. (Brabag).¹⁸

Von Anbeginn an lagen Klagen über Staub und Gerüche, vor allem Merkaptanverbindungen und Schwefelwasserstoff, vor.¹⁹ Liesegang notierte über einen Ortstermin:

Art der Luftverunreinigung.

Am stärksten in Erscheinung trat am Tage der Besichtigung der Flugascheauswurf aus dem Kraftwerk (Kohle- und Grude-Staubfeuerung), da die Abgase nicht entstaubt werden. Auf der frischgefallenen Schneedecke war der Flugaschenederschlag bis zum Bahnhof Leipzig-Connewitz deutlich erkennbar (etwa 20 km).²⁰

„Deutlich wahrnehmbar“ waren auch Phenole, organische Schwefelverbindungen und Schwefelwasserstoff.

Ein Untersuchungsauftrag kam gegen den erklärten Willen von Liesegang zustande, allerdings erst anderthalb Jahre später. Der Arzt Dr. med. Oscar Harnapp aus Leipzig wandte sich in einem Brief an Prof. Dr. Hans Reiter, den Leiter des Reichsgesundheitsamtes (RGA).²¹ Anlass könnte eine kurz zuvor erschienene Publikation Reiters gewesen sein, in welcher dieser die Sorge der nationalsozialistischen Bürokratie um einen angemessenen Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz betonte.²² Harnapp schrieb in seiner Eigenschaft als „Durchgangsarzt für Berufserkrankungen“ an Reiter, dass er in der jüngsten Vergangenheit vermehrt Arbeiter zur Untersuchung in seine Praxis geschickt bekomme,

[...] die einzig und allein über Appetitlosigkeit, Magenbeschwerden klagten. Die Zunge ist nie belegt. Magensondenuntersuchung, die ich in einigen Fällen vornahm, ergab nur eine geringe Hyperacidität. Körperlich war auch sonst nichts nachzuweisen. Das Blutbild ergab nichts Abnormes bis auf eine in allen Fällen vorhandene erhebliche Vermehrung der kleinen Lymphozyten.²³

16 BA-R 154-12067, WaBoLu an RP Magdeburg, Tgb.Nr. B 6584, 26.11.1937, S. 22 ff..

17 BA-R 154-12067, RMI an WaBoLu, 17.1.1942.

18 BA-R 154-11907, WaBoLu an RMI, Tgb.Nr. B 5427, 4.1.1939, S. 2, 3; Brabag Böhlen, Bericht 10/42, S. 1.

19 BA-R 154-11907, Brabag Böhlen, Bericht 10/42, S. 1.

20 BA-R 154-11907, WaBoLu, Tgb.Nr. B 408, 28.1.1937, Aktenvermerk Liesegang.

21 BA-R 154-11907, Harnapp an Reiter, 18.7.1938; WaBoLu, Tgb.Nr. B 2889, 20.7.1938, Aktenvermerk Heller.

22 Vgl. Reiter, Hans: Berufsschädigung und Volksleistung. In: Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung 24 (1937), S. 145-148. Für diesen Hinweis danke ich Dr. Rebecca Schwoch, Universität Bremen, SFB 186.

23 BA-R 154-11907, Harnapp an Reiter, 13.7.1938.

Die bei Süd- und Südwestwind auftretenden Beschwerden beschränkten sich nicht nur auf die Arbeiterschaft:

Vor kurzem war auch ein führender Ingenieur des Werkes bei mir, der genau dieselben Beschwerden anführte, aber außerdem darüber klagte, daß er abends nicht mehr in der Lage sei, geistig zu arbeiten.²⁴

Dagegen war Abhilfe dringend geboten:

Die Sache ist deshalb so schlimm, weil die Belegschaft rebellisch wird und möglichst aus dem Betrieb heraus will. Aus diesem Grunde hatte ich gestern im Werk eine Besprechung mit den leitenden Herren. Hier hörte ich, daß diese Herren ohne Ausnahmen mehr oder weniger über dieselben Beschwerden klagten.²⁵

Beschwerden lägen nach Harnapps - zutreffender - Kenntnis auch von Bewohnern umliegender Ortschaften vor. Alleine die geschilderten Zustände hätten vermutlich noch keine Aktivitäten auf höherer Ebene ausgelöst, doch Harnapp richtete am 28.7.1938 ein weiteres Schreiben an Reiter, worin er seiner Schilderung Nachdruck verlieh:

Durch diese Beschwerden, als Erkrankung möchte ich sie noch nicht bezeichnen, wird aber die Leistungsfähigkeit der Gefolgschaft unzweifelhaft herabgesetzt und der Lebensgenuss so weit vermindert, dass die Arbeit zu einer Qual wird. Da zur Zeit ein sehr grosser Teil der Belegschaft über diese Beschwerden klagt, muss mit der Zeit unbedingt auch die Leistung des gesamten Werkes darunter leiden, was bei der Wichtigkeit des Werkes für unsere Wehrfähigkeit eine grosse Gefahr werden könnte.²⁶

Erst danach erfolgte auf Veranlassung des RGA-Präsidenten Reiter eine formale Bestätigung des Gutachtensauftrags durch das Reichsministerium des Innern als dem RGA und der WaBoLu vorgesetztem Ministerium.

In den folgenden Untersuchungen gelang für Schwefelwasserstoff noch in 7 km Entfernung vom Werkskomplex der qualitative Nachweis. In einer Distanz von 2 km ermittelten die Sachbearbeiter häufig den - höchsten - relativen Wert 8 auf ihrer Skala von 0 bis 8. Die Werte bezeichnete Liesegang als „durchweg sehr hoch“.²⁷ Der von der ASW in die Atmosphäre eingeleitete Schwefelwasserstoff entzog sich jedoch schon einer genauen Schätzung. Der Aufwand für chemische Messungen erschien aufgrund der Vielzahl auch diffuser Emissionsquellen als unverhältnismäßig. Bis zum Juli 1938 fackelten die ASW 17.000 m³/h Schwelgas mit einem nicht bekannten Gehalt an H₂S ab, und die unverbrannten Gasbestandteile sorgten für den vermutlich unerträglichen Geruch. Es war vorgesehen, ab diesem Zeitpunkt das Schwelgas in der Kesselanlage zu verbrennen. Ein Gebläseausfall am 11. Oktober 1938 ermöglichte es unfreiwillig, die Betriebsverhältnisse der Vergangenheit zu simulieren, da die ASW auf das Abfackeln der Schwelgase als Beseitigungsmethode zurückgriffen.²⁸ Mit Hinweis auf diesen aus seiner Sicht glücklichen Zufall verweigerte Liesegang eine Wiederholung der Immissionsmessungen. Für ihn belegte dieser Vorfall die seit Juli 1938 eingetretenen Besserungen: Seither hatten die „Gesundheitsstörungen [...] sichtbar [sic!] nachgelassen“.²⁹ Aussagen zu gesundheitlichen Auswirkungen trafen die WaBoLu-Gutachter - vermutlich bewusst - nicht. Andernfalls hätten sie als Ursache die Wirkung industrieller Abgase anerkennen und daher fordern müssen, die Belastungen abzustellen oder

24 BA-R 154-11907, Harnapp an Reiter, 13.7.1938.

25 BA-R 154-11907, Harnapp an Reiter, 13.7.1938.

26 BA-R 154-11907, Harnapp an RGA, 28.7.1938.

27 BA-R 154-11907, WaBoLu an RMI, Tgb.Nr. B 5427, 4.1.1939, S. 12.

28 BA-R 154-11907, WaBoLu an RMI, Tgb.Nr. B 5427, 4.1.1939, S. 18.

29 BA-R 154-11907, WaBoLu an RMI, Tgb.Nr. B 5427, 4.1.1939, S. 19, 20.

durch Entschädigungszahlungen abzugelten.

An einem monetären Ausgleich war den von Gestank und Staub Betroffenen in der Regel weniger gelegen. Die Forderungen richteten sich vielmehr auf ein Ende der Belastung. Zudem war die Höhe der zu erwartenden Beträge für den einzelnen eher lächerlich, wie das Beispiel der Gemeinden Hürth, Knapsack und Berrenrath bei Köln zeigt. Angesichts einer unerträglichen Luftbelastung durch den Staub der benachbarten Industrieanlagen, vor allem durch das Goldenbergwerk der Rheinisch-Westfälischen Elektrizitätswerke A.G. und eine Kalkstickstofffabrik, schlugen Liesegang und Heller vor, den wöchentlichen Mehraufwand für Seife und Reinigungsmittel abzugelten. Ansonsten habe die Situation nur noch einige Jahrzehnte bis zur Erschöpfung der Braunkohlenvorkommen Bestand. Ein Einbau von Abgasentstaubungsanlagen sei den RWE aber aus wirtschaftlichen Gründen nicht zuzumuten.³⁰ In den Fällen Offleben, nahe Braunschweig gelegen, und Zschornowitz bei Bitterfeld argumentierten die Gutachter ähnlich. Die Reichsstelle für industrielle Fettversorgung war jedoch offenbar nicht in der Lage, die nötigen Kontingente zu liefern. Im Falle Offleben blieben die Bewohner des Dorfes so über Jahre hinweg einer Immissionsbelastung ausgesetzt, die sogar die WaBoLu-Experten zu der Empfehlung veranlasste, entweder das Werk zu schließen oder die Bewohner des Ortes umzusiedeln.³¹ Ungeachtet dessen brachten die beklagten Industriebetriebe geradezu reflexartig das Argument vor, Beschwerdeführer und „Rauchbauern“ seien doch nur darauf aus, sich durch Entschädigungszahlungen ein angenehmes Leben zu sichern.

In Böhlen bestand zusätzlich zu den Geruchsemissionen eine erhebliche Umweltbelastung durch die Emission von Flugstaub. Ein ständiger Anstieg der Werte seit Beginn der Messungen im Juli 1939 führte im Dezember 1940 zum absoluten Spitzenwert von 271.944 g/100 m². Im Monatsmittel betragen die Werte 1940 82.432 g/100 m², 1941 96.458 g/100 m² und 1942 88.730 g/100 m².³² Diese abstrakten Zahlen lassen sich durch Bildmaterial veranschaulichen, welches die Brabag ihrem Bericht über „Staub- und Geruchsbelästigung Nr. 10/42“ vom 11.3.1942 beifügte. Die Bilder zeigen ein mit Staub bedecktes, senkrecht stehendes weißes Schild, ein von Staub verdecktes empfindliches Hochdruckventil sowie den Staubniederschlag auf Gehwegplatten im Zeitraum von 24 Stunden und zwischen Eisenbahngleisen.³³

Bis 1942 verschlechterten sich die Verhältnisse hinsichtlich der Staubemissionen weiterhin. In einer ganzen Reihe von Berichten schilderte die Werksleitung des Brabag-Werkes die Situation. Aufgrund der Stellungnahmen zog die Brabag einen Vergleich zwischen der Staubbelastung in Böhlen und der Belastung im Ruhrgebiet. Dem mittleren Monatswert in Essen von 1.515 g auf 100 m² standen Werte in Böhlen in Höhe von 82.000 g auf 100 m² in 250 m Entfernung von der ASW und 13.261 g auf 100 m² in 800 m Entfernung von den ASW gegenüber. Täglich emittierten die ASW 150 - 250 t Flugstaub über Dach.³⁴ Um dem bekannten Übelstand abzuhelpen, leistete die Brabag einen verlorenen Baukostenzuschuss zu den notwendigen Elektrofilteranlagen in Höhe von 250.000,- RM an die ASW. Nachdem die Installationsarbeiten für diese Einbauten zunächst stockten, konnte durch Intervention des Generalbevollmächtigten für Sonderfragen der chemischen Erzeugung - die Behörde war offenbar durch Berichte über die Gefährdung der kriegswichtigen Produktion in Böhlen alarmiert - das benötigte Material und die benötigte Arbeitskraft bereitgestellt werden.³⁵

30 Vgl. ausführlich Fuchsloch, Zwölf Apostel.

31 Fuchsloch, Sehen, S. 283-293.

32 BA-R 154-11907, Brabag an WaBoLu, 11.1.1941; Brabag an WaBoLu, 15.1.1942; Brabag an WaBoLu, 13.1.1943. Jahresübersichten des Staubniederschlags auf dem Brabag-Gelände.

33 BA-R 154-11907, Brabag, 11.3.1942, Bericht Nr. 10/42.

34 BA-R 154-11907, Brabag, 11.3.1942, Bericht Nr. 10/42, S. 3.

35 BA-R 154-11907, Brabag, 11.3.1942, Bericht Nr. 10/42, S. 2. Dass es gerade mit dieser Begründung gelang, die notwendigen Materialien zu beschaffen, verdeutlicht nur die Aussichtslosigkeit der

Trotzdem war die Situation unerträglich: nach Berechnungen der Brabag suchte im Jahr 1941 jeder im Freien tätige Arbeiter in 32 Fällen die Sanitätsstelle auf, um sich wegen Augenschädigungen wie Bindehautentzündungen, Narbenbildungen, Trübungen der Hornhaut und Reizerscheinungen behandeln zu lassen. Ein Arbeiten im Freien war bei „ungünstigem Wind“ ohne Schutzbrille nicht mehr möglich.³⁶ 818 Fälle von Luftröhren- oder Bronchialkatarrh, 397 Fälle von Magen- und Darmerkrankungen, einschließlich Zwölffingerdarmgeschwüren und 7.661 Fälle von Kopfschmerzen und körperlichem Unbehagen traten 1941 zu den registrierten über 11.000 Fällen von Augenerkrankungen hinzu. Dabei waren nur die Fälle erfasst, die den betriebsärztlichen Dienst in Anspruch nahmen.³⁷ 147 Angestellte schieden in den Jahren 1940 und 1941 aufgrund von Arbeitsunfähigkeit aus dem Dienst aus. Die Werksleitung der Brabag stand nicht zurück, das Verhalten ihrer Belegschaft lobend hervorzuheben:

Es ist wohl nur dem disziplinierten Verhalten unserer Gefolgschaftsmitglieder zuzuschreiben, wenn die fast zur Unerträglichkeit angewachsenen Belästigungen von unseren Stammarbeitern, die bereits seit 5 Jahren auf eine Besserung der Verhältnisse warten, bisher noch immer ruhig hingenommen werden.³⁸

Gleichzeitig warnte der Bericht vor künftigen Schwierigkeiten:

Auch die Werbung um neue Arbeitskräfte gestaltet sich äußerst schwierig. Obwohl ihnen günstige soziale Grundlagen usw. geboten werden und damit alles getan wird, um die Kräfte zu halten, sind wenige zum Hierbleiben zu bewegen und sie bekunden ihren beabsichtigten Fortgang mit den außerordentlich schlechten Luftverhältnissen hier in Böhlen.³⁹

Diese Mahnungen griff der Bericht zum Abschluss nochmals auf, verbunden mit der Sorge um die Einsatzfähigkeit der Produktionsstätte im Allgemeinen:

Weiterhin gibt der Widerspruch zu den im Krieg besonders wichtigen Grundsätzen der Einsparung von Material und Arbeitskräften und der Gesunderhaltung der Gefolgschaft als Vorbedingung für die Leistungssteigerung Veranlassung, alle führenden Stellen, dank deren bisheriger Unterstützung die Feststellung der Verursacher der Übelstände ermöglicht wurde, zu bitten, an ihren bisherigen Bestrebungen zur Abwendung dieser Schädigungen festzuhalten.⁴⁰

Gemeint waren damit nicht nur die jährlich aufzuwendenden 30.000,- RM für die Instandhaltung der Grünanlagen zum Staubfang, zur Neusaat von Rasen nach Austausch des Mutterbodens, sondern auch die jährlich notwendigen 65.000 Lohnstunden zur

[...] Reinigung von Bauten, Straßen, Kanälen, Dächern sowie Maschinen und Apparaten und Auswechseln des vorzeitig zerstörten Kleinmaterials wie Stopfbüchsen, Führungsstangen, elektrische Kontakte und feinmechanische Teile usw. [...].⁴¹

Nach Auffassung der Brabag waren die dazu benötigten Arbeitskräfte „an anderer Stelle produktiver“ einsetzbar.

Technische Maßnahmen um die unerträglichen Verhältnisse zu verbessern, kamen bis Kriegsende offenbar nicht zustande. Zudem war mit Vegetationsschäden immer noch zu rechnen, obwohl die Emission an SO₂ von 1939 bis 1944 von rund 6 t/h auf 4 t/h verringert

Forderung in den anderen Fällen.

36 BA-R 154-11907, Brabag, 11.3.1942, Bericht Nr. 10/42, S. 6, 4.

37 BA-R 154-11907, Brabag, 11.3.1942, Bericht Nr. 10/42, S. 6 ff.

38 BA-R 154-11907, Brabag, 11.3.1942, Bericht Nr. 10/42, S. 7.

39 BA-R 154-11907, Brabag, 11.3.1942, Bericht Nr. 10/42, S. 7.

40 BA-R 154-11907, Brabag, 11.3.1942, Bericht Nr. 10/42, S. 13.

41 BA-R 154-11907, Brabag, 11.3.1942, Bericht Nr. 10/42, S. 4.

werden konnte.⁴² Liesegang führte ergänzend an, die Belastung durch H₂S habe sich in Menge und Reichweite halbiert. Dennoch existiere nach wie vor ein bedeutender Krankenstand in beiden Werken (ASW und Brabag), sodass die WaBoLu weiterhin forschen, beobachten und berichten werde, um eine endgültige Klärung der Ursachen herbeizuführen.⁴³ Angesichts der hinlänglich bekannten Ursachen erscheint diese Aussage den Zeitumständen geschuldet, um den ASW eine „Atempause“ bis zum Kriegsende zu verschaffen. Es überrascht nicht, dass nach diesem Gutachten keine Maßnahmen zur Reduktion der Belastung mehr bekannt geworden sind. Der seitens eines Mitarbeiters der Sovjet-A.G. Hydrierwerk Böhlen bei Leipzig, also des früheren Brabag-Werkes, 1950 unternommene Versuch, die WaBoLu erneut mit der Angelegenheit zu befassen,⁴⁴ scheiterte: „Die Angelegenheit konnte auf andere Weise geregelt werden.“⁴⁵

Dass überhaupt in Böhlen weiterer Forschungsbedarf bestehen sollte, um die Ursachen der gemeinsam von Werksleitung und Belegschaft beklagten Übelstände zu ermitteln, muss den Betroffenen wie Hohn in den Ohren geklungen haben. Die „Experten“ folgten damit allerdings einem Schema, welches sich über die Jahre im Umgang mit „Rauchschäden“ und anderen Folgen der Umweltverschmutzung durch industrielle Abgase herausgebildet hatte. Danach waren zunächst die individuelle Lebensweise und die körperliche Belastbarkeit zu überprüfen, bevor eine negative Einwirkung industrieller Abgase auf den Gesundheitszustand überhaupt in Betracht kam.

Die gesundheitsschädlichen und giftigen Wirkungen von Arsen und Arsenverbindungen auf den menschlichen Organismus waren schon seit altersher bekannt. Um die Folgen der Emission arsenhaltigen Flugstaubes der Kupferhütte Wiesau zu ermitteln, entschlossen sich die WaBoLu-Experten 1940 zu einem Feldversuch. Die auf Elektrolytkupfer zu verarbeitenden 1.000 t Erz pro Tag waren aus Mittlau über eine Drahtseilbahn von 13 km Länge herbeizuschaffen.⁴⁶ Aus dem SO₂ der Röstgase war Schwefelsäure zu gewinnen, eine Restemission von 250 kg SO₂/h galt der WaBoLu als unproblematisch.⁴⁷ In einem Behördentermin in Liegnitz erhöhte WaBoLu-Experte Liesegang die abzuleitende Menge sogar noch um 50 kg SO₂/h⁴⁸ und bemerkte dazu in seinem Gutachten vom Januar 1942:

Der Zuschlag von 50 kg/h über die theoretisch anfallende Menge hinaus gibt dem Betrieb genügend Ausweichmöglichkeit, um bei Eintritt unvorhergesehener Ereignisse, z.B. Änderung im Schwefelgehalt des Vorlaufens, die Konzessionsbedingungen einhalten zu können.⁴⁹

Zwar empfahl der Gutachter damit, den Emissionsmassenstrom zu begrenzen, andererseits

42 BA-R 154-11907, WaBoLu an ASW, Tgb.Nr. B 1877, 30.6.1944, S. 8 f.

43 BA-R 154-11907, WaBoLu an ASW, Tgb.Nr. B 1877, 30.6.1944, S. 8 f., 15 ff.

44 BA-R 154-11907, WaBoLu, Tgb. Nr. B 168, 12.5.1950, Aktenvermerk Heller.

45 BA-R 154-11907, Aktiengesellschaft für Brennstoffindustrie, Benzinwerk Böhlen an WaBoLu, 9.6.1950.

46 BA-R 154-11900, RP Liegnitz an WaBoLu, 9.9.1940.

47 BA-R 154-11900, WaBoLu an RP Liegnitz, Tgb. Nr. B 2040, 9.5.1941.

48 BA-R 154-11900, WaBoLu, Tgb. Nr. B 2700, 30.5.1941, Aktenvermerk Liesegang.

49 BA-R 154-11900, WaBoLu an RP Liegnitz, Tgb. Nr. B 209, 24.1.1942, S. 6. Mit dem Bau einer Schwefelsäurefabrik wäre erst in späteren Ausbaustufen, bei einer Mindestkapazität von 10.000 t Reinkupfer, zu rechnen. BA - R 154 - 11900, WaBoLu an RP Liegnitz, Tgb. Nr. B 209, 24.1.1942, S. 4. Wie sich nicht nur in diesem Fall zeigen sollte, war damit aber keineswegs eine Senkung der stündlichen Emission unter 300 kg SO₂ verbunden, vielmehr war durch die Errichtung einer Schwefelsäurefabrik dieses Niveau gerade zu stabilisieren, wobei die Emissionen der Schwefelsäurefabrik selbst bei diesen Betrachtungen ausgeklammert wurden. BA-R 154-11900, WaBoLu an Schlesische Chemie A.G., Tgb. Nr. B 2035, 21.6.1943.

insistierte er hartnäckig darauf, auf eine Maximalkonzentration für SO₂ im Abgas zu verzichten.⁵⁰

Größere Probleme und Unsicherheiten sah Liesegang in der zu erwartenden Staubemission. Trotz einer Versuchsschmelzung auf der Krughütte in Eisleben war der Gehalt an Schwermetallen nicht vorherzusagen.⁵¹ Liesegang entschloss sich zu einer überschlägigen Berechnung. Aus einem Abgasvolumen von 1.200-1.300 Nm³/t Erz und der täglich zu verarbeitenden Menge von 1.000 t Erz errechnete er ein stündliches Abgasvolumen von 50.000 Nm³/h. Die benutzte Abkürzung Nm³ steht für Norm-Kubikmeter und bezeichnet die auf den Normzustand 0° C und 1,01325 bar berechnete Gasmenge. Allein aufgrund seiner Erfahrung als Gutachter und ohne eine weitere sachliche Begründung nahm Liesegang dann einen Gehalt von 5 g Staub/m³ Abgas an. Bis zu diesem Schritt ist der Näherungscharakter der Berechnungen offensichtlich.

Im nächsten Schritt deutete Liesegang seine Näherungsrechnung jedoch in eine seriöse Prognose um. Der zuvor fiktive Wert von 5 g Staub/m³ wandelte sich dabei in den tatsächlichen Staubgehalt des ungereinigten Rohgases um. Die Analyse einer Erzprobe war dann hinreichend, um die künftige Immissionsbelastung zu ermitteln:

Durch Intensivzyklone wird ein Entstaubungsgrad von 94 % erreicht, sodass im Reingas noch 0,3 g/Nm³ Staub vorhanden sind. Beim 1000 t-Ofen würden demnach 16 kg Staub stündlich ins Freie entweichen.

Da die Erze nach den vorliegenden Analysen 0,003 % Blei und 0,002 % Zink enthalten, würden stündlich 1,2 kg Blei eingesetzt und da sie im Ofen verdampfen, ins Abgas gelangen und auch kaum durch einen Zyklon abgeschieden werden. Zu diesen Bleimengen kommen etwa 0,5 kg Arsen am Tag.⁵²

In diesem Zusammenhang spiegelt die Berechnung des Abgasvolumenstromes auf Nm³ eine scheinbare Genauigkeit vor, die den Näherungscharakter der von Liesegang vorgenommenen Abschätzungen mit überdeckt. Die gutachterliche Tätigkeit der WaBoLu in Niedermarsberg⁵³ ließ Liesegang aufgrund der Arsenemission jedoch Schlimmes befürchten, er fügte in Klammern an:

(In Niedermarsberg, wo Schäden durch Arsen erzeugt werden sollen, entweichen nur täglich 50 g Arsen am Tage!!)⁵⁴

Um mehr Klarheit über die voraussichtlichen Folgen der Produktion in Wiesau zu bekommen, vereinbarten die Behördenvertreter die Besichtigung der Krughütte in Eisleben als einziger vergleichbarer Anlage.⁵⁵ Als Resultat des dortigen Besuches revidierte Liesegang seine Annahmen über die Abgaszusammensetzung in Wiesau:

In der Krughütte enthält das ungereinigte Gichtgas 20 g Staub/m³, nach Durchlaufen der Entstaubungsanlage sind noch rd. 0,5 g Staub/m³ enthalten. Bei dem

50 BA-R 154-11900, WaBoLu an RP Liegnitz, Tgb. Nr. B 209, 24.1.1942, S. 6.

51 BA-R 154-11900, WaBoLu, Tgb. Nr. B 2700, 30.5.1941, Aktenvermerk Liesegang.

52 BA-R 154-11900, WaBoLu, Tgb. Nr. B 2700, 30.5.1941, Aktenvermerk Liesegang. Anzumerken ist, dass eine sich ändernde Erzzusammensetzung keine Rolle in den Überlegungen spielte.

53 Fuchsloch, Sehen, S. 357-363 und S. 64-67 sowie ders.: Die Kupferhütte Niedermarsberg. Industriearchäologische Rekonstruktion einer Umweltkatastrophe. Vortrag im Rahmen des 3. Freiburger industriearchäologischen Kolloquiums vom 3. bis 5. Dezember 1999. Im Erscheinen (= Chemnitz 2002, Reihe INDUSTRIEarchäologie). In den 1990er Jahren verband sich für die bundesdeutsche Öffentlichkeit damit der Skandal um das „Marsberger Kieselrot“, einen dioxin- und furanhaltigen Wege- und Sportplatzbelag aus Abfällen der Kupfererzverhüttung. Die in Niedermarsberg entstandenen Viehschäden führten zu Entschädigungszahlungen von über 1 Million Mark. Das Volumen der noch vorzunehmenden Altlastensanierungen geht heute in die Milliarden.

54 BA-R 154-11900, WaBoLu, Tgb. Nr. B 2700, 30.5.1941, Aktenvermerk Liesegang.

55 BA-R 154-11900, WaBoLu, Tgb. Nr. B 2700, 30.5.1941, Aktenvermerk Liesegang.

Anfall von 1400 m³ Gichtgas je t Minern, einer Menge, wie sie den Verhältnissen in Wiesau entsprechen würde, beträgt in der Krughütte der Staubanfall im Endgas auf 1000 t Tagesdurchsatz Erz rd. 30 kg Staub/h, fällt also mengenmäßig nicht ins Gewicht.⁵⁶

Ungeachtet dieser günstigeren Zahlen bestanden die Schwierigkeiten mit der Arsenemission fort, da Arsen und Arsenverbindungen mit der verfügbaren Reinigungstechnik nicht aus dem Abgas zu entfernen waren.⁵⁷ Liesegang riet schließlich dazu, die offenen Fragen aufgrund erster Erfahrungen im laufenden Betrieb zu beantworten:

Da von vornherein nicht zu übersehen ist, wie hoch der Arsengehalt der Abgase sein wird, hinsichtlich der Bedeutung dieses Stoffes für den Anwohnerschutz jedoch Vorsicht geboten ist, empfehlen wir, dem Werk aufzugeben, daß die Höhe des Arsengehaltes der Endgase und damit der absolute Schornsteinverlust an Arsen sofort nach Inbetriebnahme festzustellen und der Gewerbeaufsichtsbehörde mitzuteilen ist, um zuverlässige Angaben über den Arsentríoxydauswurf zu erhalten. Ob dann auf Grund der Vorbehaltsklausel Maßnahmen zur Verringerung des Arsenauswurfes zu treffen sind, können wir mangels einwandfreier Vergleichsmöglichkeiten noch nicht entscheiden, aber die Ermittlung des tatsächlichen Schornsteinverlustes an Arsen im Falle Wiesau wird dazu beitragen, die vorhandenen Beurteilungsgrundlagen ganz allgemein für künftige Fälle zu erweitern.⁵⁸

Diesen Vorschlag übernahm das Regierungspräsidium Liegnitz in die gewerberechtliche Erlaubnis.⁵⁹ Möglichkeiten der Bevölkerung, sich gegen einen derartigen Feldversuch zu wehren, bestanden nicht, zumal davon auszugehen ist, dass die Behörden die Öffentlichkeit über das geplante Vorgehen nicht unterrichteten. Die Sorge um Gesundheit und Wohlergehen der Menschen und ein vorbeugender Schutz der Gesundheit spielten keine Rolle. Vielmehr befürwortete die WaBoLu einen Test, um Grenzen der Belastbarkeit neu zu bestimmen. Zu den Folgen der Emission von Arsenverbindungen der Kupferhütte Wiesau sind keine Informationen mehr in der Akte enthalten, der weitere Verlauf des geschilderten Falles bleibt somit ohne die Sichtung ergänzender Unterlagen unklar. Seine fiktiven Berechnungen führten Liesegang auf eine Arsenemission in etwa der doppelten Menge, wie sie die 13. Bundesimmissionsschutzverordnung (Großfeuerungsanlagen-Verordnung) vom 22. Juni 1983 für Ersatzbrennstoffe in Altanlagen vorsah.⁶⁰

Die hier angeführten - und noch viele weitere - Fälle zeigen, dass entgegen den Behauptungen der Experten die traditionelle Methode, menschliche Körper als Messinstrumente und damit Menschen als Bioindikatoren einzusetzen, noch keineswegs überwunden war. Jean-Noël Hallé und sein Begleiter Boncerf bemühten sich im Jahr 1790 im Auftrag der Société Royale de Médecine, durch eine Geruchskarte von Paris die Des-Odorierung des städtischen Raumes vorzubereiten. Sie bedienten sich als Messmethode auf ihrem etwa 10 km langen Weg nur ihres Geruchssinns. Anhaltspunkte über die Wirkung etwa von Schwefelwasserstoff auf den menschlichen Organismus gewann der Toxikologe Karl Bernhard Lehmann, indem er seinen Labor-diener durch eine Trennscheibe in einem mit dem übelriechenden Gas verpesteten Laborraum beobachtete. Das Verhalten seines Angestellten protokollierte er, dann analysierte er die Konzentration von H₂S in der Raumluft und legte schließlich die geschilderten Empfindungen seiner Versuchsperson schriftlich nieder. 30 Jahre später empfahl Lehmann, bei der gesundheitsschädlichen Produktion der giftigen Pigmentfarbe Bleiweiß die „Ausscheidung der wenig

56 BA-R 154-11900, WaBoLu an RP Liegnitz, Tgb. Nr. B 209, 24.1.1942, S. 7/8.

57 BA - R 154 - 11900, WaBoLu an RP Liegnitz, Tgb.Nr. B 209, 24.1.1942, S. 8.

58 BA-R 154-11900, WaBoLu an RP Liegnitz, Tgb. Nr. B 209, 24.1.1942, S. 8/9.

59 BA-R 154-11900, RP Liegnitz an WaBoLu, 13.7.1942.

60 Dreizehnte Verordnung zur Durchführung des Bundes-Immissionsschutzgesetzes (Verordnung über Großfeuerungsanlagen - 13. BImSchV) vom 22. Juni 1983, BGBl. I, S. 719, § 17 Abs. 3.

widerstandsfähigen und wenig sorgfältigen Elemente durch die Ärzte, sowie eine merkliche Schwächung der Gesundheit eingetreten ist“.⁶¹

Die Ergebnisse dieser Experimente dienten schließlich auch dazu, das Ausmaß einer „erträglichen Immissionsbelastung“ mit Bezug auf die von ungeübten Menschen oder am Arbeitsplatz ertragenen Beeinträchtigungen zu rechtfertigen. Diese Praxis löste eine schematisch an Vorsorgewerten orientierte Beurteilung erst ab, nachdem in den 1960er Jahren neue Analytikverfahren zur Verfügung standen. Das Angleichen der mit den neuen Verfahren erhaltenen Meßwerte an die organoleptischen Messimpressionen scheiterte. Bis dato galt die gutachterliche Steigerungsformel für die Abschätzung etwaiger Belastungen: Gefährdet waren als erstes Pflanzen, dann Tiere, zuletzt der Mensch, sozusagen als giftresistente Krone der Schöpfung. Daher verneinten die Gutachter der WaBoLu in der Regel Gesundheitsbelastungen. Auf die Empfehlung von Auflagen zum Schutz der Umwelt verzichteten die WaBoLu-Gutachter Ende der 1950er Jahre schließlich ganz.

Zum generellen Konzept des Grenzwertes in seinen vielschichtigen Facetten gibt es derzeit keine Alternative.⁶² Daher ist jenen Verfahren, die zur Grenzwertermittlung dienen, besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Gemeinsames Merkmal aller Verfahren war die Suche nach Grenzwerten: Grenzwerten der Wahrnehmung und Grenzwerten der Belastbarkeit. Durchgesetzt hat sich inzwischen das Modell eines no-observed-effect-level (NOEL). Dieses zielt darauf ab, mögliche Auslöser für Belastungen der Gesundheit deutlich unter einem festgelegten Niveau zu halten, ab welchem Effekte beobachtbar wären. Die organoleptische Messimpression war jedenfalls kein dauerhaft tragfähiges Verfahren. Indem sich der Gutachter hierbei durch sein eigenes Empfinden aber scheinbar auf die gleiche Stufe mit den Betroffenen begab, gelang es ihm, die von den Betroffenen geschilderten alltäglichen Belastungen für Entscheidungen über eine Verschärfung der Umweltschutzaufgaben nach seinem Gutdünken umzudeuten.

Anschrift:

Norman Fuchsloch
TU Bergakademie Freiberg
IWTG
Bernhard-von-Cotta-Str. 2

09596 Freiberg
e-mail: fuchslo@iwtg.tu-freiberg.de

61 Corbin, Alain: Pesthauch und Blütenduft. Eine Geschichte des Geruchs. Ausgabe Frankfurt/M. 1988, S. 9; Lehmann, Karl Bernhard: Experimentelle Studien über den Einfluss technisch und hygienisch wichtiger Gase und Dämpfe auf den Organismus. Teil V: Schwefelwasserstoff. In: Archiv für Hygiene 14 (1892), 135-189; Lehmann, Karl Bernhard: Die deutsche Bleifarbenindustrie vom Standpunkt der Hygiene. Berlin 1925, S. 91; Berichte über medizinische Selbstversuche nahmen einen breiten Raum ein auf der 77. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik e.V. (DGGMNT) 1994 in Halle zum Thema „Subjektivität und Wissenschaft“. Vgl. Nachrichtenblatt der DGGMNT 44 (1994), Heft 2.

62 Zur Bandbreite der Diskussion vgl. die Beiträge in Kortenkamp, Andreas, Birgit Grahl und L. Horst Grimme (Hrsg.): Die Grenzenlosigkeit der Grenzwerte. 2. Aufl. Karlsruhe 1990 und Janich, Peter, Peter C.Thieme und Nikolaos Psarros (Hrsg.): Chemische Grenzwerte. Weinheim u.a. 1999.

BERICHTE UND DOKUMENTE ZUR ZEITGESCHICHTE DER MEDIZIN

Herausgegeben von Udo Schagen

Forschungsstelle Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin
der Freien Universität Berlin

Nr. 1

HANS JÜRGEN LORENZ *unter Mitarbeit von Eberhard Göbel und Udo Schagen*

Entwicklung der medizinischen Aus- und Weiterbildung in den USA. 1989

Nr. 2

WOLFRAM QUACK *unter Mitarbeit von Christine Bruchmann, Eberhard Göbel, Udo Schagen
und Vera Seehausen*

Vergleich ausgewählter europäischer Studiengänge im Fach Humanmedizin. 1989

Nr. 3

EBERHARD GÖBEL UND UDO SCHAGEN

**10 Jahre Forschungsstelle Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin der
Freien Universität Berlin. 1996**

Nr. 4

UDO SCHAGEN

Die Prüfungsfragen der Sozialmedizin 1976 bis 1996. 1997

Nr. 5

UDO SCHAGEN UND SABINE SCHLEIERMACHER

**Sozialmedizin, Sozialhygiene und Public Health. Konzepte und Visionen zum
Verhältnis von Medizin und Gesellschaft in historischer Perspektive. 2002**

ISSN 1432-3958

Klingsorstr. 119 12203 Berlin-Lichterfelde Tel. 030 83 00 92 - 40, Fax - 46

e-mail: udo.schagen@medizin.fu-berlin.de

www: <http://userpage.zedat.fu-berlin.de/~medberuf>

